

Tartu Ülikool
Sotsiaalteaduskond
Psühholoogia instituut

Liis Vahtra

**POSITIIVSETE JA NEGATIIVSETE AUTOMAATMÕTETE HINDAMINE
DEPRESSIOONIGA PATSIENTIDEL JA TERVETEL INIMESTEL**

Magistripjekt kliinilises psühholoogias

Juhendajad: Anu Aluoja, PhD

Kaia Kastepõld-Tõrs, MSc

Läbiv pealkiri: Positiivsed ja negatiivsed automaatomõtted

Tartu 2008

SISUKORD

SISUKORD.....	2
KOKKUVÕTE	3
ABSTRACT.....	4
SISSEJUHATUS	5
Becki kognitiivne depressioonimudel.....	6
Uuemad kognitiivsed teooriad	8
Kognitiivne haavatavus depressioonile.....	8
Kognitsioonide jaotus	10
Düsfunksionaalsete hoiakute ja automaadmõtete suhe.....	11
Positiivsed ja negatiivsed kognitsioonid.....	11
Automaadmõtete hindamine	13
Eesmärgid ja hüpoteesid	18
MEETOD.....	19
Valim.....	19
Mõõtmisvahendid	20
Uute väidete leidmise protseduur.....	21
TULEMUSED	23
Depressiooniga patsientide ja tavagrupi võrdlus	23
Uue AMK-P väidetekomplekti valimine	25
AMK-PE ja teiste AMK skaalade tulemused tavavalimis	29
Sisemine reliaablus	30
Gruppidevahelised erinevused	30
Korrelatsioonid	32
Faktoranalüüs.....	34
Positiivsete ja negatiivsete automaadmõtete suhe	39
Regressioonimudelid.....	39
ARUTELU.....	44
TÄNUAVALDUS	49
VIITED	49
LISA 1. AMK-P ja AMK-PE väited.....	54
LISA 2. AMK-N väited	55
LISA 3. AMK-PE koos instruksiooni ja skaaladega	56

KOKKUVÕTE

Magistriprojekti eesmärgiks oli võrrelda depressiivsete ja mittedepressiivsete inimeste positiivseid ja negatiivseid kognitsioone ning tõsta positiivsete automaatmõtete küsimustiku eristavat valiidsust. Töö esimeses osas võrdlesin positiivsete automaatmõtete küsimustiku (AMK-P; Ingram ja Wisnicki, 1988) ja negatiivsete automaatmõtete küsimustiku (AMK-N; Hollon ja Kendall, 1980) täitnud 83 depressiooniga patsienti ning neile soo ning vanuse alusel leitud mittedepressiivseid paarilisi. Depressiooniga patsientidel oli oluliselt rohkem negatiivseid mõtteid ja oluliselt vähem positiivseid mõtteid kui mittedepressiivsel grupil. Kahte gruppi eristasid kõik AMK-N väited, kuid mitte kõik AMK-P väited. Selleks, et tõsta AMK-P eristavat valiidsust, mis oli tundvalt madalam kui AMK-N'l (Vahtra, 2005), leiti töö teises osas AMK-P küsimustikku uued väited. 281 inimest täitsid AMK-P, kuhu oli lisatud uusi väiteid, AMK-N ning düsfunktsionaalseid hoiakuid, emotsionaalset enesetunnet, hetke meeleolu, negatiivseid elusündmusi ja elu jooksul depressiooni esinemist mõõtvad küsimustikud. Positiivsete automaatmõtete küsimustikus asendati üheksa originaalväidet uute, paremate psühhomeetriliste omadustega väidetega. Saadud uuel väidetekomplektil - AMK-PE'l oli väga kõrge sisemine reliaablus ning ta eristas oluliselt depressiivseid ja mittedepressiivseid inimesi. Automaatmõtete küsimustike põhjal leitud positiivsete ja negatiivsete mõtete suhe (SOM) seostus oluliselt kõikide düsfunktsionaalsust näitavate skaaladega ning eristas depressiivseid ja mittedepressiivseid gruppe. Depressiooni kirjeldamiseks oli regressioonanalüüsis paremad kaks mudelit: mudel, kus olid koos negatiivsete ja positiivsete mõtete sageduseskaalad, ning mudel, mis sisaldas lisaks SOM suhet.

Märksõnad: automaatmõtted, depressioon, positiivsed ja negatiivsed kognitsioonid, düsfunktsionaalsed hoiakud

ABSTRACT

Assessment of positive and negative automatic thoughts of depressed patients and normal subjects

The aim of the master project was to compare positive and negative cognitions of depressed and non-depressed subjects and to improve the discriminative validity of positive automatic thoughts questionnaire. In the first study, 83 depressed patients and a control sample matched by age and gender were used. They had completed the positive automatic thoughts questionnaire (ATQ-P; Ingram ja Wisnicki, 1988) and negative automatic thoughts questionnaire (ATQ-N; Hollon ja Kendall, 1980). Depressed patients showed significantly higher frequency of negative thoughts and lower frequency of positive thoughts than normal subjects. All the items of ATQ-N, but not of ATQ-P discriminated those groups. In the second study, new items for ATQ-P were found to improve the discriminative validity of ATQ-P, as it was significantly lower than that of ATQ-N (Vahtra, 2005). 281 subjects completed test battery consisting of ATQ-P with new added items, ATQ-N and measures of dysfunctional attitudes, current mood and the occurrence of negative life-events and depression during their lifetime. In the positive automatic thoughts questionnaire, nine original items were replaced with new items, which had better psychometric properties. The new scale - AMK-PE had a very good internal reliability and it discriminated the depressed and non-depressed subjects significantly. The ratio of positive and negative thoughts (States-of-Mind ratio), based on ATQ-P and ATQ-N was significantly correlated with all scales that measured dysfunctionality and discriminated depressed and non-depressed groups. Two regression models designed to describe the variance of depression were found more suitable: the model including frequency scales of ATQ-N and ATQ-P and the model also including SOM ratio.

Keywords: automatic thoughts, depression, positive and negative cognitions, dysfunctional attitudes

SISSEJUHATUS

Depressioon on üks sagedamini esinevaid psüühikahäireid, mille kõige iseloomulikumad tunnused on alanenud meeleolu, huvide ja elurõõmu kadumine ning energia vähenemine (Psüühika-ja käitumishäirete klassifikatsioon RHK-10). On pakutud, et 5,8% meestest ja 9,5% naistest kogeb igal aastal depressiooniepisoodi, igal ajahetkel kannatab depressiivsete häirete all 121 miljonit inimest (The World health report 2001). Samuti on depressioonile omane kõrge kordumise risk ning suurenenud suitsiidoht. Pärast esimesest depressiooniepisoodist paranemist on depressiooni kordumise risk 35% kahe aasta jooksul ja 60% 12 aasta jooksul. WHO andmetel lõpetab 15-20% depressiivsetest patsientidest oma elu enesetapuga.

On selge, et depressiooni ei põhjusta üks kindel faktor, vaid paljude erinevate tegurite koosmõju, depressiooni tekkimist ja kulgu mõjutavad nii bioloogilised, psühholoogilised kui ka sotsiaalsed faktorid. Psühholoogiliste teooriate seas on üks mõjukamaid ja enam teaduslikult põhjendatud kognitiivne lähenemine, millest lähtun ka selles töös.

Kognitiivse lähenemise keskseks mõisteks on idee, et see, kuidas inimene tajub ja tõlgendab ümbritsevaid sündmusi, mõjutab tema emotsioone ja käitumist (Ellis, 1962). Sisuliselt põhinevad kognitiiv-käitumuslikud teraapiad Albert Ellise distressi ABC mudelil (1962). Selle mudeli järgi kogevad inimesed ebasoovitavaid aktiveerivaid sündmusi (A), mille kohta neil on moonutatud (düsfunksionaalsed või irratsionaalsed) või mittemoonutatud (funktsionaalsed või ratsionaalsed) uskumused (B). Need uskumused viivad kas düsfunktsionaalsete või funktsionaalsete emotsionaalsete, käitumuslike ja kognitiivsete tagajärgedeni (C).

Erinevad kognitiivsed teooriad on psühhopatoloogiat seletada proovides pööranud tähelepanu kindlat tüüpi kognitsioonidele ja nii on tekkinud mitmeid koolkondi. Kui kognitiivne teraapia (Beck, 1976) keskendub automaatmõtetele ja kognitiivsetele skeemidele, siis ratsionaal-emotiivses teraapias (Ellis, 1962) on kõige olulisemad ratsionaalsed ja irratsionaalsed uskumused (David ja Szentogotai, 2006).

Ratsionaal-emotiivse teraapia teooria järgi on ratsionaalsed uskumused pragmaatilised, mitte-absolutistlikud, kooskõlas reaalsusega ja paindlikud ning irratsionaalsed mõtted mittepragmaatilised, absolutistlikud, reaalsusega mitte kooskõlas ja jäigad. Irratsionaalsed uskumused saab jaotada nelja kategooriasse (1) nõudlikkus, (2) katastrofiseerimine, (3) madal frustratsioonitaluvus ja (4) globaalne

hinnang/enese alaväärtustamine. Depressiooni puhul on kriitiline komponent nõudlikkus koos sellest tuleneva enese alaväärtustamisega. Teraapias keskendutakse põhiliste irratsionaalsete uskumuste vaidlustamisele, sest see peaks kaasa tooma ka depressiivse meeleolu ja depressioonile omaste kognitsioonide (nt. negatiivsete automaatomõtete) vähenemise (Ellis, 1962).

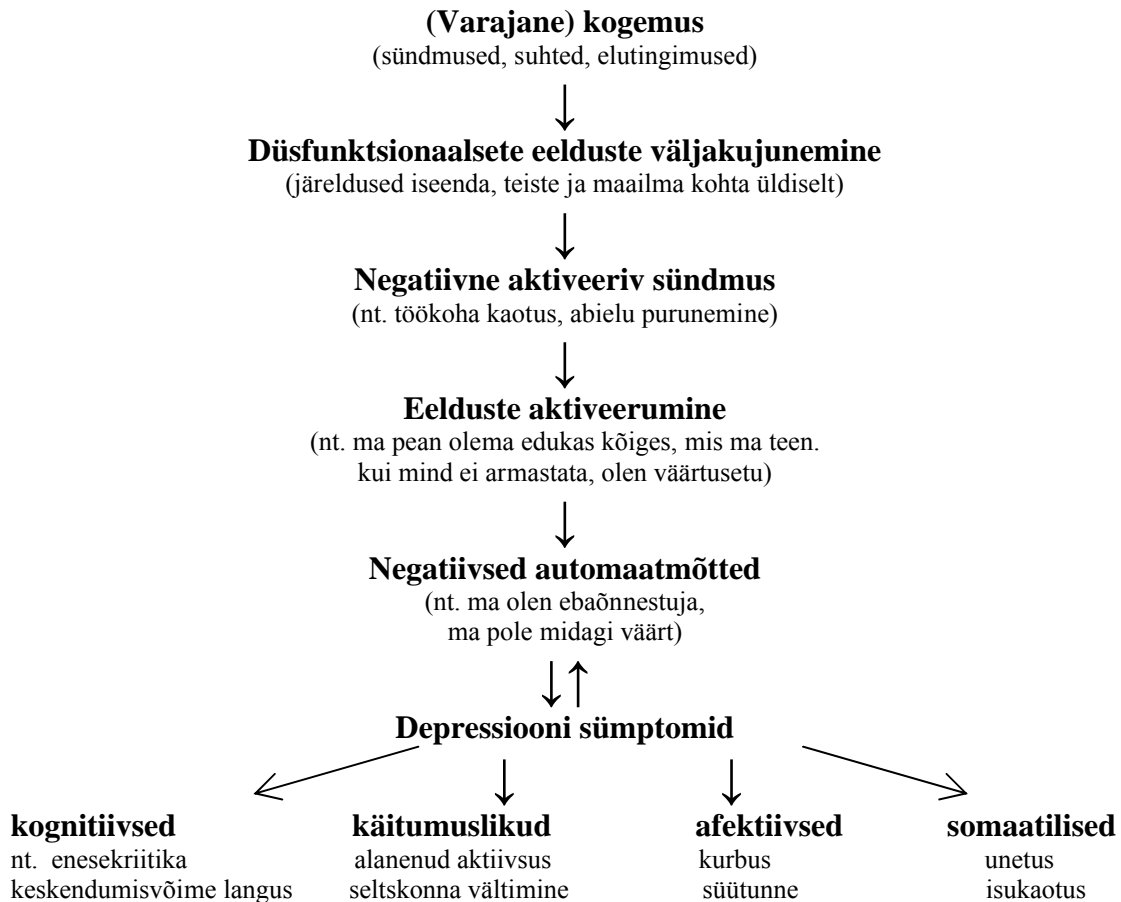
Becki kognitiivne depressioonimudel

Kuigi Becki kognitiivne depressioonimudel on välja töötatud juba pea pool sajandit tagasi, on see kognitiivsetest teooriatest üks mõjukamaid. Tema teooria aluseks oli idee, et depressiivsetele inimestele omased negatiivsed mõtted ei ole mitte ainult sümptom, vaid oluline depressiooni süvendav ja säilitav tegur (1976). Depressiivsetele patsientidele on omane püsiv teadvustatud negatiivsete mõtete muster enese, maailma ja tuleviku kohta, mis moonutab reaalsuse tajumist. Beck nimetas seda negatiivseks kognitiivseks triaadiks. Negatiivsed mõtted on muutunud nii automaatseteks, et inimene ei tarvitse neid märgatagi. Inimene märkab ainult mõttest tekkinud ja püsima jäävat negatiivset emotsiooni.

Beck (1976) tõi välja tüüpilisi vigu depressiivsete patsientide mõtlemises, nagu üleüldistamine, must-valge mõtlemine, enesega seostamine, dihhotoomne mõtlemine ja negatiivsete aspektide liialdamine, nimetades seda kognitiivseks nihkeks: inimese jaoks positiivne informatsioon filtreeritakse välja, enda suhtes negatiivne informatsioon võetakse aga kergesti omaks. Negatiivsete mõtete allikaks on elukogemuste käigus välja kujunenud ebaotstarbekad uskumused ehk negatiivsed kognitiivsed skeemid. Need düsfunktsionaalsed skeemid võivad olla latentsed, kuni inimene kogeb negatiivseid elusündmusi, mis haakuvad nende skeemidega ja aktiveerivad need. Fennell (1989/1992, lk. 200) kirjeldab depressiooni kulgu järgnevalt:

„Kord käivitunud, põhjustavad ebafunktsionaalsed eeldused „negatiivsete automaatomõtete“ laine - „negatiivsete“ selles mõttes, et need seostuvad eba-meeldivate emotsioonidega, ja „automaatsete“ selles tähenduses, et need tulevad pigem iseenesest pähe, kui et oleksid teadliku arutlemisprotsessi tulemuseks.(...) Need omakorda toovad kaasa depressiooni teisi sümptomeid: (...) Depressiooni arenedes muutuvad negatiivsed automaatomõtted üha sagedasemaks ja intensiivsemaks ning ratsionaalsed mõtted jäävad järk-järgult vähemusse. Seda protsessi soodustab üha püsivama masendusmeeleolu väljakujunemine. Nii tekib nõiaring. Ühelt poolt, mida sügavamas depressioonis on inimene, seda masendavamaid mõtteid ta mõtleb ja seda rohkem ta neid usub. Teiselt poolt, mida masendavamad on mõtted ja mida rohkem neid usutakse, seda enam süveneb depressioon.“

Kognitiivse teraapia ülesanne ongi sellest lähtudes õpetada negatiivseid automaadmõtteid küsitavaks pidama ning vaidlustama düsfunktsionaalseid eeldusi, millel need mõtted põhinevad. Kokkuvõtvalt on mudel joonisel 1.



Joonis 1. Depressiooni kognitiivne mudel (Fennell, 1989/1992)

Haaga, Dyck ja Ernst (1991) leidsid ülevaateuuringus empiirilist kinnitust mitmetele depressiooni kognitiivse teooria põhikomponentidele: depressioonis inimeste suurenenud negatiivsete enesekohaste kognitsioonide esinemisele, lootusetuse suurenemisele, kaotuse teemade spetsiifilisusele depressioonis, meeleolust sõltuvale meeldetuletamisele ja negatiivsele järeldamisele hüpoteetiliste negatiivsete situatsioonide kohta. Samas mitmete teooria osade kohta pole veel piisavalt uuringuid või on neid keeruline empiiriliselt uurida.

Beck on hoidunud tõmbamast põhjuslikku seost depressiooni ja düsfunktsionaalse mõtlemise vahel. Kuid tundub, et nende düsfunktsionaalsete mõttemustrite muutmine vähendab depressiooni (Dowd, 2004). Mitmetes tulemusuuringutes on leitud, et kognitiivkäitumuslik teraapia on depressiooni sümptomite raviks vähemalt sama

efektiivne kui farmakoteraapia (DeRubeis, Gelfand, Tang ja Simons, 1999). Kuigi ka kõige paljulubavamates uuringutes ei ole tõestatud, et kognitiivkäitumuslik teraapia oleks järjepidevalt ja oluliselt parem teistest raviviisidest, on jätku-uuringutes leitud, et kognitiivteraapiaga on patsientidel vähem tagasilangusi kui teiste ravimeetoditega (Hollon, 2003). Tagasilanguste vältimine võib tulla õpitud kohanemisoskustest ja kohasematest mõttemustritest, mida patsiendid probleemide puhul kasutada saavad.

Uuemad kognitiivsed teooriad

On ka teisi kognitiivseid teooriaid, mis seostavad kognitiivseid muutujaid depressiooniga. Abituse või lootusetuse teooria alusel (Abramson, Metalsky ja Alloy, 1989) põhjustavad depressiooni (1) sisemised, stabiilsed ja globaalsed atribuutsioonid negatiivsete väliste sündmuste kohta, (2) välised, ebastabiilsed ning spetsiifilised atribuutsioonid positiivsete sündmuste kohta ning (3) kalduvus teha enda kohta pärast negatiivseid sündmusi negatiivseid järeldusi. Sellest lähtuvalt on inimestel, kellel on selline kognitiivne stiil, suurem risk pärast negatiivseid sündmusi depressiooni tekkimiseks.

Nolen-Hoeksema (1991) pakub reageerimisviisi teoorias (*Response-styles theory*), et see kuidas inimesed kogetavale depressiivsele meeleolule reageerivad, on peamine faktor, mis määrab depressiooni episoodi raskuse ja kestuse. Inimesed, kellel on juurdlev reageerimisstiil, pööravad alanenud meeleolu korral rohkem tähelepanu nendele sümptomitele ja sümptomite tähendusele ning seetõttu on neil suurem tõenäosus kogeda pikemaid depressiooniepisoode kui inimestel, kes on võimelised oma tähelepanu kõrvale juhtima. Kuigi on ilmne side negatiivsete automaatomõtete ja juurdleva stiili vahel, kinnitab Nolen-Hoeksema (1991), et tegu on erinevate konstruktiivsete. Juurdlev reageerimisstiil võib küll viia negatiivsete mõteteni, kuid pigem on see mõtlemisviis, mitte konkreetne mõtete sisu, mis on selles teoorias kesksel kohal.

Kognitiivne haavatavus depressioonile

Üks depressiooni kognitiivsete teooriate keskne mõiste, mis on välja kasvanud diatees-stressi mudelist, on kognitiivne haavatavus. Diatees-stressi mudeli järgi teevad negatiivsed kognitsioonid koos negatiivsete elusündmustega inimese depressioonile haavatavamaks. Ehk inimestel, kellel on negatiivne kognitiivne stiil, võivad stressirohkete elusündmuste mõjul esile tulla depressiooni soodustavad kognitiivsed

faktorid (Beck, Rush, Shaw ja Emery, 1979). Selline kognitiivne reaktiivsus mõjutab nii depressiooni tekkimise, tagasilanguse kui ka kordumisega seotud protsesse (Beck, 1967).

Scheri, Ingrami ja Segali (2005) läbiviidud ülevaateuuringus leidis kinnitust kognitiivse haavatavuse kontseptsioon täiskasvanute hulgas, samuti leidis see toetust lastega tehtud uuringutes.

Diatees-stressi hüpoteesi uurinud *praimimise* ja longituuduuringutes on välja tulnud, et depressiivsed skeemid mõjutavad informatsioonitöötlust alles siis, kui nad on aktiveerunud (Scher et al., 2005). Segal ja Ingram (1994) pakuvad, et aktivatsioon võib toimuda kahel spetsiifilisel viisil. Esiteks Beck'i (1967) poolt esitatud viisil, kus stiimul on sarnane juba olemasolevatele negatiivsetele skeemidele. Nad nimetasid seda otseseks aktivatsiooniks. Kaudne aktivatsioon toimub siis, kui skeem aktiveerub, kuna ta on seotud teiste aktiveerunud skeemidega. Skeemid on omavahel erineval määral seotud, olenevat sisu sarnasusest ja kui skeem aktiveerub, siis aktivatsioon levib ka temaga seotud skeemidele.

Diatees-stressi mudeli alusel, mille järgi negatiivsed kognitsioonid depressioonist paranedes taanduvad, võib oletada, et kui skeemid pole aktiveerunud, vastavad nii need inimesed, kellel need skeemid olemas on, kui ka need, kellel neid pole, üsna sarnaselt neid kognitsioone hindavatele mõõdikutele. Samas kui tingimused on neid skeeme aktiveerivad, peaksid haavatavamatel inimestel negatiivsed kognitsioonid ja ebakohane informatsioonitöötlus sagedasem olema. Seega on üks võimalus laboratoorselt tekitada sarnane negatiivne või kurb meeleolu, nagu tekitaksid stressirohked negatiivsed elusündmused. On uuritud ka loomulikult esineva kurva meeleolu mõju kognitiivsetele muutujatele. Uuringutes, kus on kasutatud negatiivse meeleolu induktsiooni, on enamasti leitud seos düsfunktsionaalsete hoiakute või negatiivsete enesekohaste sõnade, meeleolu ja haavatavuse vahel (Scher et al., 2005). Näiteks Gemar, Segal, Segrati ja Kennedy (2001) leidsid, et võrreldes inimestega, kellel polnud kunagi depressiooniepisoodi esinenud, oli depressioonist tervenunud inimestel suurem muutus düsfunktsionaalsete hoiakute sageduses pärast negatiivset meeleolu induktsiooni.

Ingrami, Trenary, Odomi, Berry ja Nelsoni uuringus (2007), kus kõrvutati inimesi, kes olid depressiooni põdenud (uuringu hetkel mittedepressiivsed; kõrge haavatavusega) ja neid, kel polnud kunagi elu jooksul depressiooniepisoodi esinenud

(madala haavatavusega) leiti, et kõrge haavatavusega inimestel oli oluliselt rohkem negatiivseid automaatomõtteid ning neil oli kõrgem viha ja vaenulikkuse tase.

Faktoranalüütilises uuringus (Hankin, Lakdawalla, Carter, Abela ja Adams, 2007), kus uuriti erinevate kognitiivsete teooriate põhilisi haavatavuse faktoreid, leiti, et negatiivne kognitiivne stiil, düsfunktsionaalsed hoiakud ja juurdlev vastamisstiil moodustasid kõik eraldiseisvad riskifaktorid depressiooni tekkeks. Neljandaks faktoriks oli segu depressiivsetest sümptomitest, enesehinnangust ja neurootilisusest.

Kognitsioonide jaotus

Kognitsioonid on oma olemuselt hierarhiliselt organiseeritud. Kõige pindmisemad on automaatomõtted, neid on nimetatud ka pindmisteks kognitsioonideks või kognitiivseks sisuks. Need on sügavamate kognitsioonide taseme produktideks, mida inimene on võimeline ise ära tundma. Järgmiseks tasemeks on kognitiivsed protsessid, mille kaudu kodeeritakse, säilitatakse ja tuletatakse informatsiooni. Sellel tasemel võivad tekkida erinevad süstemaatilised vead mõtlemises. Kolmandaks ja kõige sügavamaks kognitsioonide tasemeks on skeemid ehk kognitsioonide struktuuri-komponendid, neid on nimetatud ka vaikivaks või varjatud teadmiseks. Eriti olulisteks võib pidada enesekohaseid skeeme—need on enesekohaste väidete klastrid, mis on organiseeritud kindlate teemade ümber. Enesekohastes skeemides võib eristada tingimuslikke uskumusi ja tuumuskumusi, mis on justkui varjatud reeglid iseenda, maailma ja enese koha kohta maailmas. Tingimususkumusteks võivad olla uskumused nagu “ma meeldin teistele, kui ma kunagi kedagi ei solva” ja tuumuskumusteks “inimesi ei saa usaldada”, “ma ei ole armastusväärne” (Dowd, 2004).

Young (2003) on välja töötanud ühe põhjalikema tuumuskumuste süsteemi (varased mittekohased skeemid, *Early Maladaptive Schemas*). Ta defineeris skeeme kui laiaulatuslikke ja püsivaid düsfunktsionaalsed mustreid enese ning suhete kohta teistega, mis on kujunenud lapse- või noorukieas. 18 taolist skeemi on jagatud viite klastrisse. Young pakkus, et patsientidel on reeglina kaks või kolm düsfunktsionaalset skeemi, mis võivad olla nende probleemide põhjustajaks. Depressiooniga võib seostada selliseid skeeme nagu emotsionaalne deprivatsioon, hülgamine/ebastabiilsus, ebatäiuslikkus/häbi ja ebaõnnestumine.

Düsfunksionaalsete hoiakute ja automaatomõtete suhe

Szentagotai ja Freemani (2007) uurimuses depressioonis patsientidega selgus, et automaatomõtted osaliselt vahendavad irratsionaalsete uskumuste efekti distressile (depressioonile või depressiivsele meeleolule). Samas selgus, et on ka otsene seos irratsionaalsete uskumuste ja distressi vahel, mis ei olnud mõjutatud automaatomõtete poolt.

Dozois (2007) leidis depressiooniga, paranenud ja kontrollgruppi uurides, et negatiivne mõtlemine väheneb meeleolu tõustes. Samuti leidis kinnitust positiivsete mõtete oluline sagenemine depressioonist paranedes. Kuid sümptomite vähenedes ei toimunud olulist muutust negatiivsetes interpersonaalsetes skeemides, küll aga muutusid saavutamisega seotud skeemid. Seega negatiivsete skeemide struktuur ei pruugi olla stabiilne kõikides enesekohastes valdkondades, kuid negatiivsed interpersonaalsed skeemid tunduvad olevat stabiilsed ja seega võivad olla olulised depressioonile haavatavuse faktorid.

Furlong ja Oei (2002) uurimuses selgus, et muutused depressiooniga patsientide negatiivsete automaatomõtete sageduses toimuvad ravi (kognitiivkäitumuslik grupiteraapia) jooksul kiiremini kui düsfunktsionaalsete hoiakute sageduses. Negatiivsed automaatomõtted on tugevamalt seotud depressiooni kognitiivsete ja somaatiliste sümptomitega ja nende sümptomite muutustega ravi käigus võrreldes düsfunktsionaalsete hoiakutega. See võib osaliselt olla nii nende omavahelise korrelatsiooni tõttu kui selle tõttu, et automaatomõtted vahendavad düsfunktsionaalsete hoiakute mõju depressioonile (Kwon ja Oei, 1994).

Positiivsed ja negatiivsed kognitsioonid

Positiivsetele kognitsioonidele on kirjanduses vähem tähelepanu pööratud, kuigi juba Beck (1967) väidab, et positiivsed skeemid või hoiakud moodustavad terve isiksuse aluse. Võib eeldada, et nii, nagu negatiivseid skeeme, võivad stress ja negatiivsed elusündmused aktiveerida ka positiivseid skeeme. Ja nagu negatiivsed skeemid suurendavad stressi mõju ja teevad haavatavamaks depressioonile, võivad positiivsed skeemid olla puhvriks stressi mõjudele ning nii suurendada vastupanu depressioonile.

On leitud, et mittedepressiivsed inimesed tajuvad ennast positiivsemalt kui teised neid (Lewinsohn, Mischel, Chaplin ja Barton, 1980) ning hindavad oma eduvõimalusi üle (Alloy ja Ahrens, 1987). Depressiivsed inimesed on oma enesehinnangus palju

realistlikumad (Alloy ja Ahrens, 1987; Lewinsohn, et al., 1980), mis näitab, et kalduvus enda suhtes suuremale või isegi veidi ebarealistlikule positiivsusele võib olla vajalik vaimseks terviseks. On leitud, et positiivsed enesekohased skeemid on seotud psühholoogilise tervisega ja depressiooni puudumisega. Lightsey (1994a) uuringus selgus, et lisaks sellele, et positiivsed automaatmõtted on seotud emotsionaalse heaoluga mõõtmise ajal, on positiivsete automaatmõtete sagedasem esinemine seotud ka õnnelikkusega tulevikus.

Lightsey teises uuringus (1994b) leiti positiivsete mõtete sagedasema esinemise korral nõrgem seos negatiivsete elusündmuste ja tuleviku depressiooni vahel, mis viitab sellele, et positiivsed mõtted võivad toimida puhvrina stressi vastu. Sarnaseid tulemusi on leitud ka teistes läbilõikeuuringutes, kuid mitte longituuduuringutes (Lightsey, 1999). See võib tähendada, et positiivsetel mõtetel võib olla küll kohene puhvriefekt, kuid nad ei mõjuta depressiivsust tulevikus või nad ennustavad depressiivsust pigem läbi selle, et korreleeruvad sügavamate kognitiivsete konstruktidega.

Positiivsetel mõtetel ei pruugi alati olla positiivset mõju. Et omada positiivset efekti, peaks mõte olema seotud konkreetsete kogemustega, mis on kooskõlas selle mõttega. Kuid isegi siis ei pruugi mõju ilmned, kui puuduvad või pole aktiveerunud sellele mõttele positiivset tähendust andvad sügavamad skeemid (Macleod ja Moore, 2000).

Palju on uuritud positiivsete ja negatiivsete mõtete suhet. Kuigi on pakutud, et positiivsete ja negatiivsete mõtete olemasolul või puudumisel võib olla erinev funktsioon afekti ja käitumise vahendamisel (Scheier ja Carver, 1992). Nii suurenenud negatiivsete kui ka vähenenud positiivsete mõtete ja tunnete sagedus on patoloogilised, kuid nad võivad olla seotud kohanemise eri aspektidega. On leitud, et negatiivse afekti suurem sagedus on seotud nii depressiooni kui ka ärevusega, positiivse afekti väiksem sagedus on seotud ainult depressiooniga (Watson, Clark ja Carey, 1988). See võib kehtida ülekantult ka kognitsioonide puhul.

Tervetel inimestel koosnevad automaatmõtted positiivsete ja negatiivsete mõtete segust, kus rohkem on positiivseid mõtteid. Depressiooni puhul on automaatmõtete sisu valdavalt negatiivne (Beck et al., 1979). Schwartz ja Garamoni (1989) töötasid välja *States-of-mind (SOM)* mudeli, leides seosed positiivsete ja negatiivsete mõtete suhte ja vaimse tervise vahel. Nad soovivad arvutada positiivsete ja negatiivsete mõtete suhte, jagades positiivsete mõtete sageduse positiivsete ja negatiivsete mõtete

sageduse summaga. Nad leidsid, et vaimselt tervetel inimestel on positiivseid mõtteid ligikaudu 62 protsenti mõtetest ($\pm 6\%$), mida nad nimetasid positiivseks dialoogiks. Depressiooniga on seotud negatiivne sisemine monoloog, kus see suhe on vastupidine— positiivseid mõtteid on siis vastavalt 38% ($\pm 6\%$). 50 protsendiline positiivsete mõtete osakaal ($\pm 6\%$), konfliktne sisemine dialoog, iseloomustab kerget psühhopatoloogiat.

Samuti võib liialt positiivne mõtlemine olla patoloogiline. Schwartz korrigeeris 1997. aasta artiklis SOM vahemikke, pakkudes adaptiivseks SOM suhet ,67 kuni ,90, üle selle on mõtlemine juba ebarealistlikult positiivne.

Erinevates uuringutes, kus on kasutatud normgruppi, kõigub keskmine positiivsete ja negatiivsete mõtete suhe 0,64 kuni 0,71 (Ingram, Kendall, Siegle, Guarino ja McLaughlin, 1995). Kõrge depressiivsusega inimestel jäi see suhe vahemikku 0,44 kuni 0,62 ja depressiooni diagnoosiga inimeste puhul kõikus 0,38 ja 0,48 piirides.

Automaatmõtete hindamine

Dozois, Covin ja Brinkeri (2003) ülevaateuuringus kuuest levinuimast kognitiivsest mõõtevahendist on normatiivsed andmed ka kahe automaatmõtteid hindava mõõtevahendi kohta: negatiivsete automaatmõtete küsimustiku ja positiivsete automaatmõtete küsimustiku kohta. Mõlemal on leitud kõrge sisemine reliaablus ja üldiselt head psühhomeetrilised omadused.

Negatiivsete automaatmõtete küsimustik

Automaatmõtete küsimustiku (*Automatic Thoughts Questionnaire*; ATQ) on koostanud Hollon ja Kendall (1980), et mõõta negatiivsete enesekohaste mõtete sagedust. Küsimustik koosneb 30 negatiivsest väitest nagu “minust ei ole asja”, “ma ei suuda midagi lõpetada ja “keegi ei mõista mind”. Vastajatel palutakse hinnata, kui sageli on sellised mõtted neile viimase nädala jooksul pähe tulnud.

Küsimustiku väited valiti välja 100 negatiivse väite seast, mis olid saadud paludes tudengitel üles kirjutada tüüpilisemad depressiivsete kogemustega seotud mõtted ja tundmused. Nendest sajast väitest moodustati esialgne küsimustik (ATQ-100), mille täitsid 348 mees- ja naissoost tudengit. Lisaks täitsid nad ka Beck'i depressiooniskaala (BDI; Beck, 1967) ja *Minnesota Multiphasic Personality Inventory* - depressiooniskaala (MMPI-D; Hathaway & McKinley, 1940), mille alusel

moodustati depressiivsed ja mittedepressiivsed kriteeriumgruppid. 30 väidet valiti selle alusel, kas nad suudavad oluliselt eristada depressiivset ja mittedepressiivset gruppi.

Skaala Cronbaci alfa oli 0,96 ja poolitusreliiabilus 0,97. Faktoranalüüsis ilmnis neljafaktoriline struktuur: esimest kõige suuremat faktorit nimetasid nad halvasti kohanemiseks ja muutuste sooviks, teist negatiivseks enesekontseptsiooniks ja negatiivseteks ootusteks. Kolmandale faktorile laadusid väited, mis peegeldasid madalat enesehinnangut ja neljandale faktorile laadunud väited olid seotud allaandmisega ja abitusega. Samas on pakutud ka kahefaktorilist lahendit (Joseph, 1993), kus esimene faktor on seotud negatiivse enesekontseptsiooni ning negatiivsete ootustega (väited 2, 6, 7, 8, 10, 11, 12, 17, 18, 20, 21, 23, 24, 27, 28, 29, 30) ning teine faktor halvasti kohanemise ja muutuste sooviga (väited: 1, 4, 5, 9, 14, 15, 19, 22, 26).

ATQ'l oli kõrge korrelatsioon ärevusega ($r = 0,79$), mida võib seletada kasutatud depressioonimõõdikute tugeva seosega ärevusega (Hollon ja Kendall, 1980).

Positiivsete automaatomõtete küsimustik

Positiivsete automaatomõtete küsimustik (ATQ-P; Ingram ja Wisnicki, 1988) on sarnane mõõtevahend ATQ'le, mõõtes positiivsete enesekohaste mõtete sagedust. Ingram ja Wisnicki leidsid, et taoline mõõtevahend on oluline, et saaks mõõta ka muutusi positiivses mõtlemises.

Mõõtevahendi väljatöötamisel paluti 47 tudengil meenutada situatsiooni, kus nad kogesid midagi positiivset või olid heas meeleolus ja proovida seda nii elavalt ette kujutada kui võimalik. Seejärel paluti neil üles kirjutada vähemalt 5 mõtet, mis neile selles situatsioonis pähe tuli. Vastuste hulgas eemaldati korduvad väited ning välja valiti kõige sobivamad. Küsimustikku võeti ainult need väited, mille puhul mõlemad katse läbiviijad leidsid väite selgelt positiivse olevat. Algsest nimekirjast valiti välja 30 väidet, mis moodustasid ATQ-P.

480 psühholoogiastudenti täitsid nii ATQ-P, ATQ-N kui ka Beck'i depressiooniskaala (BDI). Depressiooniskaala alusel jagati valim kaheks, nendeks kellel oli depressioonisümptomeid (BDI skoor >10), ja nendeks, kel ei esinenud depressioonisümptomeid. ATQ-P eristas kahte gruppi statistiliselt oluliselt. Skaala Cronbachi alfa oli 0,94 ja poolitusreliiabilus 0,95, samuti olid väidete ja terve skaala vahelised korrelatsioonid tugevad.

Faktoranalüüsis ilmnis neljafaktoriline struktuur: esimest faktorit, mis seletas ära 75,2% koguvariatiivsusest, nimetati positiivseks igapäevaseks toimetulekuks, teist

faktorit positiivseks enesehinnanguks, kolmandat teiste hinnanguteks ja neljandat faktorit positiivseteks tuleviku ootusteks. Autorid leidsid, et taoline faktorstruktuur on vastupidine Becki (1967) negatiivsele mõttekolmikule, sest vastupidiselt Becki mudelile peegeldavad faktorid positiivseid mõtteid iseendast, maailmast, tulevikust ja sellest, kuidas teised neid tajuvad.

ATQ-N ja ATQ-P vaheline korrelatsioon oli 0,29, mis viitab sellele, et ei ole bipolaarset seost positiivse ja negatiivse mõtlemise vahel. Samuti leiti negatiivne korrelatsioon (-0,33) Becki depressiooniskaala ja ATQ-P vahel.

Ingram ja Wisnicki leidsid, et ATQ-P ennustas depressiooni ja ärevust halvemini kui ATQ-N. Seda seletasid nad sellega, et negatiivne mõtlemine on düsfunktsionaalsusele iseloomulikum kui positiivse mõtlemise puudumine. Samuti võivad positiivsed ja negatiivsed enesekohased mõtted olla fundamentaalselt erinevad protsessid, erineva tähendusega kohanemisvõimelisele funktsioneerimisele. Seega võiks kliiniliselt kasutada mõlemat automaatmõtete küsimustikku, et hinnata positiivsete ja negatiivsete kognitsioonide muutumist teraapiaprotsessis.

Loodud on ka eelnevale kahele mõõtevahendile väga sarnane küsimustik—*Automatic Thoughts Questionnaire-Revised* (ATQ-R, Kendall, Howard ja Hays, 1989), mis sisaldab ATQ-N väiteid ja lisaks sarnaselt ATQ-P'le välja töötatud 10 positiivset automaatmõtet. Võrreldes ATQ-P ja ATQ-R positiivsete automaatmõtete skaalat leidsid Burgess ja Haaga (1994), et tegu on võrdväärsete mõõtevahenditega.

Empiirilised uurimused

Dozois, Covin ja Brinkeri (2003) ülevaateuuringus leiti ATQ-N puhul 21 uurimust, mis vastasid autorite poolt esitatud nõuetele. Keskmised skoorid varieerusid 37,05 ja 64,72 vahel, keskmiseks skooriks nende uuringute põhjal on 52,91 (SH = 18,18). Uuringutes, kus vastajateks olid alaealised, oli keskmine skoor oluliselt kõrgem, kui täiskasvanuid kasutanud uuringutes. Oluline vahe leiti ka lihtsalt täiskasvanute ja juba vanemaealiste gruppide vahel, $t(2806) = 5,43$, $p < 0,01$. Eraldi keskmised arvutati ka meestele ja naistele, sest naistel ilmnas oluliselt kõrgem ATQ-N skoor kui meestel. Naiste keskmiseks skooriks saadi 53,49 (SH = 18,60) ja meestel 48,40 (SH = 15,97).

ATQ-P puhul leiti 7 uurimust, mis vastasid kõikidele nõuetele. Skooride keskmised varieerusid 86,63 ja 103,31 vahel, keskmiseks leiti 98,61 (SH = 13,02). Ingrami jt. (1995) ülevaateuuringus ATQ-P psühhomeetriliste omaduste kohta leiti kokkuvõtvalt, et (1) küsimustikul on stabiilsed normid, (2) usaldusväärsed skoorid,

(3) see eristab psühhopatoloogilisi ning mittepsühhopatoloogilisi seisundeid ja vastab mudelitele positiivsete ja negatiivsete mõtete suhte kohta, (4) on spetsiifiline psühholoogilisele distressile, (5) ei ole mõjutatud sotsiaalsest soovitatavusest, (6) omab head konvergentset ja eristavat valiidsust ja (7) on tundlik muutustele afektiivses seisundis. Ebaselgeks jäi ATQ-P spetsiifilisus erinevat laadi psühholoogilisele distressile, sest alanenud ATQ-P skoorid olid mitmetes uurimustes omased nii depressiivsetele kui ärevuse sümptomitele.

Keskmiseks ATQ-P skooriks oli Ingrami jt. (1995) uurimuses 101,53. Korrelatsioonid ATQ ja ATQ-P vahel kõikusid -,02 ja -,46 vahel ehk jagatud muutlikkus oli nullist 22 protsendini. Võimalik, et erinevus tuleb erineva psühhopatoloogiaga gruppide kasutamisest vaadeldud uuringutes, sest leiti, et üldiselt oli korrelatsioon seda kõrgem, mida suurema distressi tasemega valimeid kasutati. See võib tähendada, et ATQ-N ja ATQ-P poolt esindatud konstruktid ei ole mitte omavahel pöördvõrdeliselt seotud, vaid on pigem seotud kolmanda muutuja kaudu. Kuigi paljudes uuringutes on vaadatud ATQ-P võimalikke sugudevahelisi erinevusi, siis ühestki neid ei leitud.

Uurimuses patsientidega leidsid Hollon, Kendall ja Lumry (1986), et ATQ ja depressiooni taseme vahel on väga tugev seos ($r = 0,83$). Nendel, kes olid depressioonist tervenunud, olid tervetega sarnased ATQ skoorid, mis viitab sellele, et ATQ mõõdab seisundist sõltuvaid kognitsioone. ATQ puhul leiti ka tugev spetsiifilisus depressioonile, teistes diagnostilistes gruppides olid ATQ piirväärtused võrdväärsed tervetega. Ingram, Slater, Atkinson ja Scotti (1990) uuring kinnitab ATQ-P seost depressiooniga: depressiooniga patsientidel oli positiivsete mõtete sagedus oluliselt madalam ($t(24)=3,72, p<,01$) kui kontrollgrupil.

Eestikeelne automaatmõtete küsimustik

Eestikeelse negatiivsete ja positiivsete automaatmõtete küsimustiku (AMK) psühhomeetrilised omadused olid Vahtra (2005) lõputöö raames kogutud andmete ($N=307$) põhjal sarnased originaalküsimustikega. Kõikidel automaatmõtete küsimustike skaaladel leiti väga head sisemise reliaabluse näitajad. Seda nii Cronbachi alfa kui ka poolitusreliaabluse puhul, mis olid kõikidel skaaladel üle 0,90. Need tulemused on väga sarnased algsete uurimustega, kus olid väga head sisemise reliaabluse näitajad (Hollon ja Kendall, 1980; Ingram ja Wisnicki, 1988). Samuti olid keskmised tulemused sarnased Dozois jt. (2003) poolt leitud keskmistega, kõikumised

jäid ühe standardhälbe piiridesse. Vahtra (2005) lõputöös oli negatiivsete automaatmõtete küsimustiku (AMK-N) keskmiseks skooriks 55,61 (SH = 17,50) ja positiivsete automaatmõtete küsimustiku (AMK-P) keskmiseks skooriks 89,38 (SH = 20,94). Negatiivsete mõtete sagedus oli oluliselt seotud düsfunktsionaalsete hoiakutega, depressiivsuse, negatiivsete elusündmuste ja varasema depressiooni-episoodi esinemisega. Positiivsete automaatmõtete küsimustiku puhul ilmnes statistiliselt oluline negatiivne korrelatsioon depressiooni mõõdikuga. Mõlema küsimustiku koguskoorid eristasid kõrgemate depressiooninäitajatega inimesi nendest, kellel oli vastav näitaja madalam. AMK-N sageduseskaala kõik väited eristasid oluliselt depressiivsete ja mitte-depressiivsete gruppi. Kuid AMK-P sageduseskaala eristusvõime oli oluliselt väiksem ja alla poole väidetest eristasid kahte gruppi.

Sellest tulenevalt ei saanud rahul olla AMK-P eristava valiidsusega. Üks võimalus oleks alles jätta need 13 väidet, mis eristasid gruppe, ja moodustada ATQ-R'le sarnane küsimustik, kus on lisaks negatiivsetele väidetele lühike positiivseid automaatmõtteid mõõtev skaala. Teine võimalus oleks eestlaste jaoks välja töötada uued positiivseid automaatmõtteid mõõtvad väited.

Vahtra (2005) töös oli kasutatud nii negatiivsete kui ka positiivsete automaatmõtete küsimustikul lisaks sageduse skaalale ka usutavuse skaalat, kus vastaja pidi hindama, kui palju ta seda mõtet mõtlemise hetkel usub. Töös leiti, et inimestel, kellel oli esinenud depressiooniepisood, oli AMK-P usutavuseskaala skoor tunduvalt madalam, negatiivsete mõtete usutavuses vahet ei olnud. Samuti olid AMK-P usutavuseskaalal statistiliselt olulised korrelatsioonid düsfunktsionaalsete hoiakutega, ärevusega ja depressiooni esinemisega elu jooksul ning tugevam korrelatsioon depressiooni sümptomitega kui sageduseskaalal.

Eesmärgid ja hüpoteesid

Selle magistrip projekti peamine eesmärk on parandada eestikeelse positiivsete automaatomõtete küsimustiku psühhomeetrilisi omadusi tõstes väidete eristavat valiidsust. Töö teine eesmärk on võrrelda depressiooniga patsientide/depressiivsete inimeste ja tervete/mittedepressiivsete inimeste positiivseid ja negatiivseid kognitsioone.

Lähtuvalt kavandatavatest parandustest positiivsete automaatomõtete küsimustikus eeldan, et:

- Parandatud automaatomõtete küsimustikul on kõrge sisemine reliaablus.
- Leitavad uued väited positiivsete automaatomõtete küsimustikku eristavad depressiivseid inimesi mittedepressiivsetest ja sellega seoses paraneb positiivsete automaatomõtete küsimustiku eristav valiidsus.

Tuginedes depressiooni kognitiivsele teooriale püstitasin järgmised hüpoteesid:

- Depressiooniga patsientidel on oluliselt rohkem negatiivseid automaatomõtteid ja vähem positiivseid automaatomõtteid ning nende sagedus on seotud depressiooni raskusega.
- Automaatomõtted on seotud düsfunktsionaalsete hoiakutega, negatiivsete elusündmuste esinemise ja varasema depressiooni episoodiga elus.
- Negatiivsed automaatomõtted seostuvad depressiooni ja ärevusega. Positiivsed automaatomõtted seostuvad ainult depressiooniga.

MEETOD

Valim

Töös on kasutatud kolme erinevat valimit. Esimeses osas on kasutatud Kaia Kastepõld-Tõrsi doktoritöö raames kogutud patsientide andmeid ja Vahtra (2005) lõputöö raames kogutud tavavalimi andmeid.

2005. ja 2006. aastal positiivsete ja negatiivsete automaatmõtete küsimustiku ning EEK-2 täitnud depressiooni diagnoosiga (diagnoositud M.I.N.I. neuropsühhiaatrilise intervjuuga, Sheehan et al., 1998) patsientide seast jäi valimiks 83 inimest, kes vastasid seatud kriteeriumitele (EEK-2 depressiooniskoor 12 või rohkem, korrektselt täidetud vähemalt 2 AMK skaalat). Nendele leidsin tavavalimist paarilised vastavalt soole ja vanusele. Maksimaalne vanuse vahe paarilistel oli 7 aastat. Kõigil valitud paarilistel oli EEK-2 depressiooniskaala skoor alla 12.

Depressiooniga patsientide keskmine vanus oli 33,4 aastat (SH = 11,7), kõige noorem 19- ja vanem 63-aastane. Vastajatest 62 olid naised ja 21 mehed. Keskmise hariduse oli 44, keskerihariduse 19, kõrghariduse 14 ja põhihariduse 6 katseisikul. Vallalised olid 32, abielus 22, vabaabielus 14 ja lahutatud 7 ning leski ja lahuselavaid oli kumbagi kolm (kahe puhul andmed teadmata).

Tavavalimi keskmine vanus oli 32,7 (SH = 12,1), vahemikus 19 kuni 66 eluaastat, neist 62 olid naised ja 21 mehed. Keskmise haridusega oli 28 katseisikut, keskeriharidusega 20, kõrgharidusega 29, nii alg- ja põhiharidusega või muu haridusega oli kumbagi kolm inimest. 36 inimest olid vallalised, 29 inimest abielus, 11 inimest vabaabielus ja lahutatud kuus inimest (ühe inimese andmed teadmata).

Teises osas on kasutatud 281 inimese andmeid, kellest 84 olid mehed ja 192 naised (viie puhul andmed teadmata). Keskmine vanus oli 28,4 aastat (SH = 13,0, mediaan = 21,0) vahemikus 18 kuni 72 aastat. Kõik vastanud rääkisid eesti keelt, neist emakeelena 258. Vene keelt rääkis emakeelena 20 inimest ja muud keelt 3 inimest.

Kõige rohkem oli valimis keskmise haridusega inimesi – 50,2%. Kõrgema haridusega oli 22,8%, kesk-eri haridusega 15,7%, alg- või põhiharidusega 7,5% valimist. 156 inimest olid vallalised, 60 inimest vabaabielus, 49 inimest abielus, üheksa inimest lahutatud ja kolm inimest lesed. 51,2% vastanutest olid õpilased või üliõpilased, 21,4% tehnikud või keskastme spetsialistid ja 11,4% tippspetsialistid.

Mõõtmisvahendid

1) Negatiivsete automaatmõtete küsimustik — AMK-N (ATQ-N; Hollon ja Kendall, 1980) mõõdab negatiivsete enesekohaste mõtete sagedust. Skaalas on 30 väidet, mida hinnatakse 5-pallisel Likert'i skaalal (1-mitte üldse... 5-kogu aeg). Iga väite puhul tuleb hinnata ka mõtte usutavust selle mõtlemise hetkel 5-pallisel skaalal (1-mitte üldse... 5-täiesti).

2) Positiivsete automaatmõtete küsimustik — AMK-P (ATQ-P; Ingram ja Wisnicki, 1988) mõõdab positiivsete enesekohaste mõtete sagedust. Sarnaselt ATQ-N'ile on skaalas 30 väidet, mida hinnatakse 5-pallisel Likert'i skaalal ja lisatud on ka usutavuse skaala. Selles töös kasutatud uuringus oli küsimustikku lisatud 15 uut väidet, mis on pandud segamini originaalväidetega.

Positiivsed ja negatiivsed väited olid automaatmõtete küsimustikes eraldi, kuid ühe instruksiooni all. Pooltes jagatud küsimustikupakettides olid eespool negatiivsed väited, teises pooles positiivsed väited.

3) Düsfunksionaalsete hoiakute skaala (DAS-A) (Weissman ja Beck, 1978; Eesti keeles Kreegipuu, 1995) on tehtud mõõtmaks kognitiivset soodumust depressioonile. Depressiooni kognitiivse mudeli järgi on depressiivsed kognitsioonid hierarhiliselt järjestatud, düsfunktsionaalsed hoiakud on püsivamad kui negatiivsed automaatmõtted. Skaalas on 40 väidet, millele tuleb vastata 7-pallisel Likert'i tüüpi skaalal, vastusevariandid on “täiesti õigest” “täiesti valeni”. Kümme väidet on pööratud ehk funktsionaalsed, mida tuleb skoorida vastupidiselt. Skoori ulatus on 40-280 ja mida suurem skoor, seda düsfunktsionaalsemaks võib inimese mõtlemist pidada.

4) Emotsionaalse enesetunde küsimustiku (EEK-2) (Aluoja, Shlik, Vasar, Luuk ja Leinsalu, 1999) eesmärgiks on mõõta depressioonile ja ärevushäiretele omaseid sümptomeid, hõlmates peamisi DSM-IV's ja RHK-10's olevaid sümptomite dimensioone. Küsimustik koosneb 28 väitest, millele vastatakse 5-pallised Likert'i skaalal (0 - üldse mitte ... 4- pidevalt). Väited on jaotunud kuude alaskaalasse: depressioon, üldine ärevus, agorafobia/paanika, sotsiaalne ärevus, väsimus ja insomnia.

5) Elusündmuste küsimustik (Brugha, Bebbington, Tennant ja Hurry, 1985) koosneb 12 elusündmuste kategooriast, mille esinemist tuleb hinnata viimase 6 kuu jooksul (0-ei ole esinenud; 1-on esinenud).

6) Küsimused depressioonist elu jooksul, mis on kohandatud Rahvusvahelise diagnostilise liitintervjuu *Composite International Diagnostic Interview (CIDI)*

depressiooniosa pühiküsimustest (1996), koosneb kahest küsimusest, kus kirjeldatakse depressiooni sümptomeid ja vastajal palutakse hinnata, kas tal on esinenud sellist kahenädalast või pikemat perioodi ja millal oli esimene selline periood (0-ei ole olnud; 1-on olnud). Nendele kahele küsimusele lisati küsimus selliste perioodide arvu kohta, mil mõlemad sümptomid esinesid koos.

7) Visuaalanaloogskaalal (VAS) hindab inimene oma enesetunnet 10 cm joonel, mille vasakpoolne ots tähistab „üldse mitte“ ja parempoolne ots „äärmiselt“. Hinnatavateks seisunditeks olid: rõõmus, kurb, rahulik, ärev ja kartlik. Seisundi tugevust mõõdetakse millimeetrites.

8) M.I.N.I (MINI 5.0.0. Mini rahvusvaheline neuropsühhiaatiline intervjuu DSM-IV, Sheehan, et al., 1998) on struktureeritud lühiintervjuu põhiliste I telje psüühikahäirete hindamiseks vastavalt DSM-IV kriteeriumitele.

Uute väidete leidmise protseduur

Kuna Vahtra (2005) lõputöö põhjal oli positiivsete automaاتمؤتت küsimustiku eristusvõime tunduvalt väiksem kui AMK-N'l ja üle poole väidetest ei eristanud depressiivsete ja mittedepressiivsete gruppi, siis oli eesmärgiks leida uued, eestlastele omasemad väited positiivsete automaاتمؤتت küsimustiku nende väidete asemele, mis ei eristanud neid gruppe.

Uute väidete genereerimiseks kasutati sama protseduuri, mis ATQ-P originaalväidete leidmiseks. Katseisikutel paluti: „Palun meenutage ühte olukorda oma elus, kus te kogesite midagi väga positiivset või olite väga heas meeleolus. Proovige seda ette kujutada nii elavalt, nagu elaksite seda uuesti läbi.“ Pärast paari minutit paluti neil: „kirjutage üles mõtted, mis teil selles olukorras pähe tulid. Pange nad kirja just nii, nagu te neid mõtlesite.“ Eelnevalt ja pärast hindasid katseisikud oma meeleolu VAS skaaladel ning vastasid küsimustele, kui hästi õnnestus olukorda sisse elada, kui positiivne oli meenutatud olukord ning kui intensiivne tundus kujutletud olukord võrreldes tegelikult toimunuga.

Väiteid koguti kolme erineva katsegrupi peal, millest üks oli üliõpilaste grupp. 21 inimest tagastas korrektselt täidetud vastuselehed (arvesse ei võetud neid, kes polnud suutnud ühtegi mõtet meelde tuletada või mõtete asemel kirjeldasid olukorda). Nendest 18 naist ja kolm meest, keskmine vanus 31,1 aastat (SH = 8,3) varieerudes 21 kuni 44 eluaastani. Nende vastuselehtede põhjal leiti 28 enesekohast positiivse sisuga mõtet.

Mõtteid analüüsis kolmest inimesest koosnev ekspertgrupp, kellest üks oli töötav psühholoog, teine psühholoogia erialaga mitteseotud inimene ja kolmas töö autor. Väidete kohta esitati järgmised küsimused: Kas nad on selgelt positiivsed? Kas nad on meeleoluga seotud? Kas nad võiksid olla tavalised, inimestel sagedasti esinevad mõtted?

Lisaks võrreldi neid ka juba olemasolevate AMK-P väidetega ja sarnasuse korral paluti hinnata, kui sarnased need väited üksteisele on ja kas uus väide annaks midagi juurde. Uusi väiteid analüüsiti ka sellest seisukohast, millisesse ATQ-P leitud nelja faktorisse nad võiksid sobida, et vältida liiga sarnaste väidete valimist. Mõni väide sai ka ekspertgrupi ühise hinnangu alusel suupärasemaks sõnastatud, kuid nii, et algne mõte säiliks.

Seejärel hindas vanadest ja uutest väidetest kokkupandud küsimustikku (nii positiivsed kui negatiivsed väited) pilootgrupp (N = 8), kelle täidetud küsimustike ja juurdekirjutatud kommentaaride põhjal jäeti välja üks väide ning tehti muudatusi kujundusse ja instruksiooni.

Positiivsete automaatmõtete küsimustikku lisati 15 järgnevat väidet:

1. Ma olen õnnelik.
2. Ma ei taha, et see lõppeks.
3. Uskumatu, et mul nii hästi läks.
4. Oleme õnnelik pere.
5. Ma sain sellega hakkama.
6. Mu vanemad võivad mu üle uhked olla.
7. Ma olen rahulik.
8. Küll on tore!
9. Ma saan ka tulevikus hästi hakkama.
10. Kõik on väga hästi.
11. Seda tuleb tähistada!
12. Mul on tore perekond.
13. Ma tunnen, et mu koht on siin.
14. Kõigele on lahendus olemas.
15. See on minu hetk!

TULEMUSED

Depressiooniga patsientide ja tavagrupi võrdlus

Selleks, et selgitada välja, kas ja kui hästi eristavad positiivsete ja negatiivsete automaatomõtete küsimustikud depressiooniga patsiente tervetest inimestest, võrdlesin Kaia Kastepõld-Tõrsi doktoritöö raames kogutud patsientide andmeid tavavalimi andmetega.

Depressiooniga patsientide keskmine EEK-2 depressiooniskoor oli 20,1 (SH = 4,8) ja üldärevuse skoor 14,2 (SH = 4,6).

Tavavalimi keskmine EEK-2 depressiooniskoor oli 5,8 (SH = 3,2) ja üldärevuse skoor 6,35 (SH = 3,5).

Depressiooniga patsientide ja tavavalimi AMK skaalade tulemused on tabelis 1. Kõik skaalad eristasid statistiliselt oluliselt kahte gruppi.

Tabel 1. Skooride keskmised ja standardhälbed mittedepressiivsete ja depressiooni diagnoosiga inimeste grupis

Skaala	Mittedepressiivne grupp			Depressiooni diagnoosiga grupp			t-väärtus
	N	K	SH	N	K	SH	
AMK-P sagedus	82	88,01	21,60	76	64,34	17,85	7,47
AMK-N sagedus	83	48,25	12,62	76	83,72	23,64	-11,94
AMK-P usutavus	73	104,66	20,45	62	80,48	21,54	6,68
AMK-N usutavus	78	67,99	32,88	59	93,22	23,03	-5,03

Märkus. N- vastanute arv; K-keskmine; SH-standardhälve. Sagedus- sageduseskaala; Usutavus- usutavuseskaala. Kõik t-väärtused on statistiliselt olulised nivool $p < ,001$

AMK-N sageduseskaala kõik väited eristasid kahte gruppi (vt. tabel 2), AMK-P sageduseskaalas oli kaks väidet, mis gruppe ei eristanud: väide nr. 23 „Ma väärin elus vaid parimat“ ja väide nr. 26 „Ei ole olemas lootusetut probleemi“. Teistest väiksema eristusjõuga oli veel väide nr. 22 „Ma hoolitsen enda eest“. AMK-P sageduseskaala väidete näitajad on tabelis 3.

Tabel 2. AMK-N sageduseskaala väidete keskmised ja standardhälbed mittedepressiivsete ja depressiooni diagnoosiga inimeste gruppis

AMK-N väide	Mittedepressiivne grupp		Depressiooni diagnoosiga grupp		t-väärtus
	K	SH	K	SH	
1	1,36	,65	2,29	1,19	-6,20
2	1,57	,80	2,70	1,29	-6,82
3	1,53	,74	2,54	1,22	-6,46
4	1,55	,63	2,59	1,17	-7,11
5	1,70	,78	2,33	1,23	-3,92
6	1,31	,73	2,67	1,18	-8,93
7	2,64	1,07	3,25	1,26	-3,40
8	1,64	,88	2,79	1,30	-6,68
9	1,89	,83	3,01	1,50	-5,94
10	1,39	,64	2,75	1,39	-8,12
11	1,43	,65	2,89	1,29	-9,20
12	1,59	,94	2,57	1,39	-5,30
13	1,90	1,01	2,87	1,31	-5,28
14	1,72	,87	2,84	1,44	-6,05
15	2,19	1,09	2,71	1,38	-2,69
16	1,94	,97	2,92	1,41	-5,21
17	1,14	,35	2,42	1,38	-8,17
18	1,14	,45	2,73	1,26	-10,83
19	1,41	,77	2,79	1,42	-7,80
20	1,60	,85	3,04	1,47	-7,67
21	1,22	,50	2,75	1,28	-10,18
22	1,55	,78	3,11	1,41	-8,74
23	1,34	,57	2,49	1,26	-7,58
24	1,33	,66	2,37	1,24	-6,72
25	1,45	,67	3,05	1,34	-9,73
26	2,57	1,06	3,39	1,50	-4,08
27	1,63	,85	2,94	1,36	-7,42
28	1,30	,62	3,01	1,31	-10,79
29	1,58	,90	2,62	1,30	-6,00
30	1,64	,89	2,78	1,40	-6,27

Märkus. Kõik t-väärtused on olulised nivool $p < ,01$

Tabel 3. AMK-P sageduseskaala väidete keskmised ja standardhälbed mittedepressiivsete ja depressiooni diagnoosiga inimeste gruppis

AMK-P väide	Mittedepressiivne grupp		Depressiooni diagnoosiga grupp		t-väärtus	p
	K	SH	K	SH		
1	2,80	1,15	2,32	1,24	2,58	,011
2	3,02	1,07	2,18	1,24	4,69	,000
3	2,93	1,06	1,82	1,00	6,94	,000
4	2,72	,94	1,88	1,09	5,32	,000
5	3,04	,99	2,27	1,11	4,74	,000
6	3,20	,84	1,90	1,04	8,86	,000
7	3,11	1,06	2,35	1,06	4,61	,000
8	2,80	,96	1,87	,98	6,15	,000
9	3,14	1,11	2,24	1,24	4,96	,000
10	2,75	1,03	2,10	1,11	3,90	,000
11	3,18	1,08	1,86	,83	8,85	,000
12	3,37	,98	2,80	1,19	3,42	,001
13	3,28	1,13	1,78	,84	9,66	,000
14	3,31	1,18	2,47	1,10	4,77	,000
15	3,51	1,11	1,82	1,03	10,13	,000
16	2,83	,99	1,95	1,25	5,04	,000
17	2,89	1,05	1,98	1,04	5,63	,000
18	2,31	1,08	1,69	1,06	3,72	,000
19	3,34	,85	1,96	1,05	9,28	,000
20	2,61	1,02	2,04	1,21	3,28	,001
21	2,86	1,12	2,28	1,16	3,25	,001
22	3,06	1,19	2,65	1,24	2,14	,034
23	2,58	1,24	2,37	1,37	1,03	,302
24	2,39	1,01	1,75	1,01	4,02	,000
25	2,92	1,08	2,33	1,17	3,30	,001
26	2,83	1,27	2,49	1,28	1,73	,085
27	2,70	1,16	2,20	1,23	2,69	,008
28	2,84	1,11	2,37	1,18	2,68	,008
29	3,12	1,18	2,01	1,16	6,06	,000
30	2,70	1,13	1,98	1,03	4,26	,000

Uue AMK-P väidetekomplekti valimine

Otsustamaks, millised olemasolevatest väidetest välja jätta ja millised uued väited lisada, arvestasin mitmete näitajatega. Kõige olulisemaks võib pidada seda, kuidas väited eristavad depressiivseid inimesi mittedepressiivsetest. Juba olemasolevate väidete puhul sai uurida, kuidas väited eristavad depressiooni diagnoosiga patsiente mittedepressiivsetest inimestest (vt. eespool tabel 3). Nende tulemuste alusel jäid välja väited, mis ei eristanud kahte gruppi statistiliselt oluliselt või tegid seda väga nõrgalt: väide nr. 23 „Ma väärin elus vaid parimat“, väide nr. 26 „Ei ole olemas lootusetut probleemi“ ja väide nr. 22 „Ma hoolitsen enda eest“.

Tavavalimiga tehtud uuringus, kuhu oli lisatud ka uued väited, ei eristanud depressiivsete (EEK-2 depressiooniskaala ≥ 12) ja mittedepressiivsete (EEK-2 depressiooniskaala < 12) gruppe olulisuse nivool $p < ,05$ väited: „Minu kaaslased austavad mind“, „Ma viin alustatud asjad lõpule“, „Mulle meeldivad uued väljakutsed“, „Ma väärin elus vaid parimat“, „Mul on palju kasulikke omadusi“(tulemused tabelis 4).

Järgmisena vaatasin korrelatsioone väidete ja depressiooni sümptomeid mõõtvast EEK-2 depressiooniskaala ning hetkeseisundit mõõtvast VAS „rõõmus“ seisundi vahel (tabel 5). Selle võrdluse alusel jäi küsimustikust välja väide „Ma saan teistega hästi läbi“, kuna antud väide ei seostunud statistiliselt oluliselt depressiooni sümptomitega, ja väide „Mul on tore perekond“, kuna see ei seostunud statistiliselt oluliselt „rõõmus“ seisundiga.

Teistest madalama korrelatsiooni tõttu koguskooriga ($r = 0,54$) jäi välja väide: „Ma olen täna palju korda saatnud“.

Et ülejäänud väited olid näitajate poolest suhteliselt võrdsed, siis eelistatamad olid juba olemasolevad väited. Viimased väited jäid välja uute väidete seast lähtuvalt nii psühhomeetristest näitajatest kui sisust: „Ma ei taha, et see lõppeks“, „Ma olen rahulik“, „Seda tuleb tähistada!“, „Küll on tore!“, „Ma saan ka tulevikus hästi hakkama“.

AMK-P küsimustikku lisati järgnevad väited:

1. Ma olen õnnelik.
2. Uskumatu, et mul nii hästi läks.
3. Oleme õnnelik pere.
4. Ma sain sellega hakkama.
5. Mu vanemad võivad mu üle uhked olla.
6. Kõik on väga hästi.
7. Ma tunnen, et mu koht on siin.
8. Kõigele on lahendus olemas.
9. See on minu hetk!

Uut AMK-P väidetekomplekti nimetan edaspidi töös AMK-PE, lisatud täht viitab küsimustiku eestipärasusele. Uue ja originaalküsimustiku väidetekomplektid on lisas nr. 1.

Tabel 4. AMK-P sageduseskaala väidete keskmised ja standardhälbed depressiivsete ja mittedepressiivsete gruppis

AMK-P väide	Mitte-depressiivne grupp		Depressiivne Grupp		t-väärtus	p
	K	SH	K	SH		
Minu kaaslased austavad mind.	2,87	1,20	2,63	1,03	1,37	,171
Mul on hea huumorimeel.	3,07	1,17	2,54	1,04	3,06	,002
Ma olen õnnelik.	3,55	1,01	2,63	,92	6,11	,000
Minu tulevik paistab helge.	3,09	1,13	2,42	1,10	3,94	,000
Ma ei taha, et see lõppeks.	2,90	1,41	2,33	1,24	2,72	,007
Ma olen edukas.	2,87	1,08	2,22	,95	4,03	,000
Mu vanemad võivad mu üle uhked olla.	2,98	1,30	2,46	1,21	2,66	,008
Teistel on minuga koos olles lõbus.	3,05	1,17	2,54	1,08	2,93	,004
Uskumatu, et mul nii hästi läks.	2,90	1,23	2,17	1,06	4,05	,000
Ma olen suurepärase meeleolus.	3,09	1,07	2,37	,88	4,57	,000
Kõik on väga hästi.	3,03	1,12	2,19	1,04	4,95	,000
Paljud inimesed hoolivad minust.	3,20	1,13	2,81	1,12	2,26	,025
Ma olen rahulik.	3,14	1,12	2,80	1,00	2,04	,042
Ma olen uhke oma saavutuste üle.	3,04	1,22	2,41	1,02	3,52	,000
Oleme õnnelik pere.	3,13	1,31	2,35	1,26	3,91	,000
Ma viin alustatud asjad lõpule.	3,09	1,15	2,87	1,20	1,25	,212
Ma sain sellega hakkama.	3,29	1,10	2,69	1,11	3,60	,000
Mul on palju häid omadusi.	3,13	1,16	2,59	,98	3,15	,002
Kõigele on lahendus olemas.	3,52	1,22	2,91	1,16	3,29	,001
Ma olen eluga rahul.	3,31	1,13	2,50	,99	4,83	,000
Ma saan teistega hästi läbi.	3,43	1,11	3,09	1,07	2,00	,047
Ma saan ka tulevikus hästi hakkama.	3,26	1,17	2,65	1,10	3,49	,001
Ma olen õnnelik inimene.	3,26	1,22	2,40	,99	4,79	,000
Seda tuleb tähistada!	2,89	1,35	2,30	1,31	2,83	,005
Küll on tore!	3,21	1,23	2,65	1,28	2,98	,003
Mul on sõpru, kes mind toetavad.	3,34	1,10	2,96	1,18	2,24	,026
Elu on põnev.	3,31	1,23	2,78	1,22	2,84	,005
Mulle meeldivad uued väljakutsed.	2,98	1,29	2,75	1,24	1,13	,258
Mul on suurepäraseid suhted.	2,92	1,16	2,43	,98	2,90	,004
Ma ei pea millegi pärast muretsema.	2,23	1,08	1,80	,88	2,76	,006
Mul on hea olla.	3,11	1,08	2,54	,77	3,70	,000
Minu elus laabub kõik.	2,79	1,16	2,19	,95	3,54	,000
Mul on tore perekond.	3,47	1,30	2,81	1,21	3,35	,001
Ma olen rahul oma välimusega.	2,99	1,22	2,30	1,16	3,79	,000
Ma hoolitsen enda eest.	3,35	1,25	2,94	1,02	2,23	,027
Ma tunnen, et mu koht on siin.	3,02	1,28	2,19	1,03	4,47	,000
Ma väärin elus vaid parimat.	2,88	1,39	2,68	1,12	,99	,325
Mul on harva halbu päevi.	2,34	1,06	1,87	,93	3,00	,003
Mul on palju kasulikke omadusi.	2,90	1,16	2,60	,88	1,71	,089
Ei ole olemas lootusetut probleemi.	3,00	1,27	2,54	1,19	2,40	,017
Ma ei anna kunagi alla.	2,95	1,31	2,39	1,05	2,96	,003
See on minu hetk!	2,59	1,30	1,78	,86	4,38	,000
Ma avaldan oma arvamust enesekindlalt.	2,85	1,21	2,37	1,14	2,65	,008
Minu elu läheb aina paremaks.	2,95	1,18	2,13	,95	4,73	,000
Ma olen täna palju korda saatnud.	2,86	1,13	2,30	,94	3,42	,001

Tabel 5. AMK-P sageduseskaala väidete korrelatsioonid rõõmu, EEK-2 depressiooniskaalaga ning väite ja koguskoori vaheline korrelatsioon

AMK-P väide	r rõõmuga	r EEK-2 depr.	r kogu- skooriga
Minu kaaslased austavad mind.	,14	-,19	,63
Mul on hea huumorimeel.	,17	-,14	,59
Ma olen õnnelik.	,31	-,37	,71
Minu tulevik paistab helge.	,27	-,29	,71
Ma ei taha, et see lõppeks.	,21	-,15	,57
Ma olen edukas.	,27	-,29	,71
Mu vanemad võivad mu üle uhked olla.	,17	-,20	,70
Teistel on minuga koos olles lõbus.	,20	-,15	,69
Uskumatu, et mul nii hästi läks.	,25	-,25	,64
Ma olen suurepärase meeleolus.	,34	-,32	,68
Kõik on väga hästi.	,31	-,37	,73
Paljud inimesed hoolivad minust.	,18	-,17	,65
Ma olen rahulik.	,23	-,13	,60
Ma olen uhke oma saavutuste üle.	,25	-,26	,70
Oleme õnnelik pere.	,23	-,25	,63
Ma viin alustatud asjad lõpule.	,15	-,14	,55
Ma sain sellega hakkama.	,18	-,26	,70
Mul on palju häid omadusi.	,21	-,18	,72
Kõigele on lahendus olemas.	,17	-,14	,70
Ma olen eluga rahul.	,30	-,32	,80
Ma saan teistega hästi läbi.	,17	-,09*	,72
Ma saan ka tulevikus hästi hakkama.	,21	-,19	,80
Ma olen õnnelik inimene.	,28	-,29	,81
Seda tuleb tähistada!	,21	-,24	,59
Küll on tore!	,31	-,22	,73
Mul on sõpru, kes mind toetavad.	,20	-,15	,73
Elu on põnev.	,29	-,23	,73
Mulle meeldivad uued väljakutsed.	,17	-,13	,71
Mul on suurepäraseid suhted.	,20	-,22	,76
Ma ei pea millegi pärast muretsema.	,14	-,21	,58
Mul on hea olla.	,22	-,27	,74
Minu elus laabub kõik.	,17	-,23	,77
Mul on tore perekond.	,12*	-,21	,65
Ma olen rahul oma välimusega.	,23	-,23	,64
Ma hoolitsen enda eest.	,19	-,11*	,65
Ma tunnen, et mu koht on siin.	,17	-,26	,71
Ma väärin elus vaid parimat.	,07*	-,06	,65
Mul on harva halbu päevi.	,20	-,28	,69
Mul on palju kasulikke omadusi.	,15	-,15	,75
Ei ole olemas lootusetut probleemi.	,20	-,21	,70
Ma ei anna kunagi alla.	,20	-,24	,68
See on minu hetk!	,20	-,28	,71
Ma avaldan oma arvamust enesekindlalt.	,18	-,28	,63
Minu elu läheb aina paremaks.	,26	-,30	,76
Ma olen täna palju korda saatnud.	,17	-,26	,54

Märkus. Tärniga märgitud korrelatsioonid ei ole statistiliselt olulised nivool $p < ,05$

AMK-PE ja teiste AMK skaalade tulemused tavavalimisis

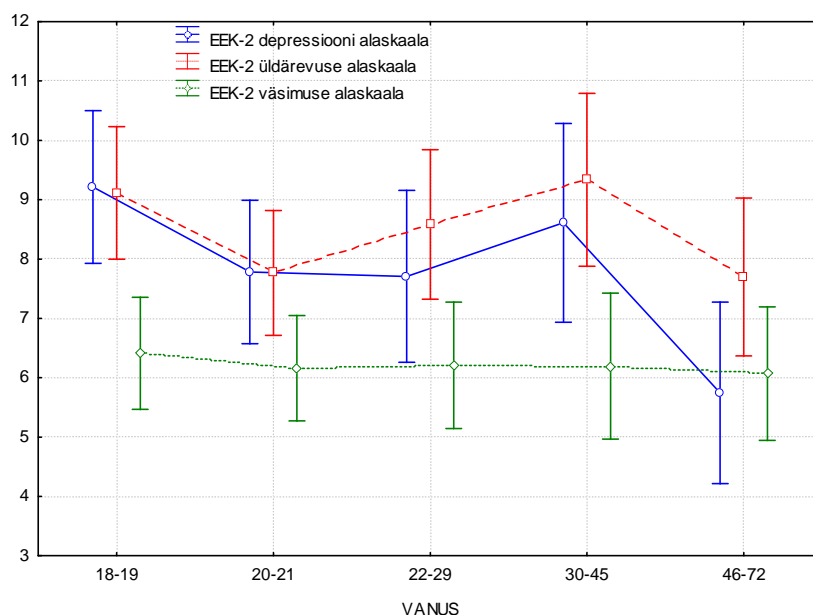
AMK skaalade keskmised ja standardhälbed on esitatud tabelis 6. AMK-N sageduseskaala jaotus erineb normaaljaotusest: skaala asümmeetriakordaja on 2,08 [jagatis oma standardveaga (0,15) 13,87] ja ekstsess 5,77 [jagatis oma standardveaga (0,31) 18,61]. AMK-P uue sageduseskaala (AMK-PE) asümmeetriakordaja on -0,003 ja ekstsess -0,603.

Tabel 6. AMK skaalade kirjeldavad statistikud

Skaala	Vastanute arv	Keskmine skoor	Standard hälve	Miinum skoor	Maksimum skoor
AMK-P sagedus	254	87,60	24,81	32	143
AMK-PE sagedus	255	87,26	25,36	33	144
AMK-N sagedus	252	49,59	18,29	30	147
AMK-P usutavus	244	103,22	21,50	30	150
AMK-PE usutavus	248	102,48	22,49	30	150
AMK-N usutavus	245	59,20	28,69	30	147

Märkus. Sagedus- sageduseskaala; Usutavus- usutavuseskaala

Jagades valimi vanuse järgi viite gruppi: (1) 18-19-aastased (N = 46); (2) 20-21-aastased (N = 63); (3) 22-29 (N = 46); (4) 30-45-aastased (N = 27) ja (5) 46-72-aastased (N = 39), ilmnemise statistiliselt olulised erinevused EEK-2 depressiooni-skaalal ($F(4,272) = 2,965$, $p = 0,02$) (vt. joonis 2), kus kõige kõrgem depressiooniskoor oli 18-19-aastastel ja kõige madalam 46-72 aastastel. AMK skaalade väärtusi vanus statistiliselt oluliselt ei eristanud.



Joonis 2. EEK-2 skaalade keskmised vanusegruppides. Märkus. Vurrud tähistavad 95% usalduspiire

AMK skaalades olulisi soolisi erinevusi ei olnud, küll oli naistel statistiliselt oluliselt kõrgem skoor EEK-2 depressiooni ($t(270) = -2,39$; $p = 0,017$), üldise ärevuse ($t(272) = -4,53$; $p = 0,000$) ja väsimuse alaskaalades ($t(272) = -2,52$; $p = 0,012$) ning depressiooni esinemises elu jooksul ($t(269) = -2,07$; $p = 0,040$).

Sisemine reliaablus

AMK skaalade reliaablusenäitajad on tabelis 7. Kõikide skaalade Cronbachi alfa oli üle 0,95 ja keskmine väidete vaheline korrelatsioon kõikus 0,40 kuni 0,62. AMK-P vana ja uue sageduseskaala Cronbachi alfa oli mõlemal 0,97, poolitusreliaablus ja keskmine väidete vaheline korrelatsioon oli uuel skaalal 0,01 võrra kõrgem.

AMK-PE sageduseskaalal oli väikseim väite ja koguskoori vaheline korrelatsioon ($r = 0,58$) väitel „Ma ei pea millegi pärast muretsema“ ja suurim väitel „Ma olen õnnelik inimene“ ($r = 0,80$).

AMK-N sageduseskaalal oli väiksem korrelatsioon ($r = 0,52$) väitel „Ma soovin, et oleksin parem inimene“ ja suurim ($r = 0,76$) väitel „Miski ei tundunud enam hea“.

Tabel 7. Automaatmõtete küsimustiku reliaablusenäitajad

Skaala	Cronbachi alfa	Poolitusreliaablus	Keskmine väidete vaheline korrelatsioon
AMK-P sagedus	,97	,92	,49
AMK-PE sagedus	,97	,93	,50
AMK-N sagedus	,96	,94	,47
AMK-N usutavus	,98	,96	,62
AMK-P usutavus	,95	,91	,40
AMK-PE usutavus	,96	,94	,43

Märkus. Sagedus- sageduseskaala; Usutavus- usutavuseskaala

Gruppidevahelised erinevused

EEK-2 depressiooni alaskaala alusel

Valimis oli 56-l inimesel ehk 19,9 protsendil EEK-2 depressiooniskaala 12 või kõrgem. Nendest 14 olid mehed ja 41 naised (ühe vastaja puhul andmed teadmata), keskmine vanus oli 26,7 aastat ($SH = 11,28$). Selle grupi keskmine EEK-2 depressiooniskoor oli 15,84 ($SH = 3,86$).

Teises grupis, kus EEK-2 depressiooniskaala oli alla 12, oli 221 inimest, kellest 69 olid mehed ja 148 naised (nelja vastaja puhul andmed teadmata), keskmise vanusega 29,0 aastat ($SH = 13,4$). Grupi keskmine depressiooniskoor oli 5,69 ($SH = 2,89$).

Kõik AMK skaalad eristavad statistiliselt oluliselt kahte gruppi (tulemused tabelis 8).

Tabel 8. Skooride keskmised ja standardhälbed mittedepressiivsete grupis ja depressiivsete grupis (EEK-2 depressiooniskaala alusel)

Skaala	Mittedepressiivne grupp		Depressiivne grupp		t-väärtus	p
	K	SH	K	SH		
AMK-P sagedus	90,66	25,28	74,86	18,79	4,11	,00005
AMK-PE sagedus	91,10	25,43	71,98	19,31	5,01	,00000
AMK-N sagedus	44,91	13,89	68,02	22,29	-9,14	,00000
AMK-N usutavus	55,20	28,77	74,47	23,62	-4,33	,00002
AMK-P usutavus	105,96	20,87	90,82	19,29	4,60	,00001
AMK-PE usutavus	105,37	21,63	89,18	20,92	4,71	,00000

Märkus. K-keskmine; SH-standardhälve. Sagedus- sageduseskaala; Usutavus-usutavuseskaala

Depressiivsete grupis on samuti oluliselt kõrgem DAS'i skoor ($K = 132,23$ depressiivsete grupis ja $K=117,43$ mittedepressiivsete grupis, $t = -4,98$ $p<0,001$), samuti oli neil oluliselt rohkem negatiivseid elusündmuseid ($K = 1,67$ vs $K = 0,90$, $t = -4,06$, $p<0,001$) ja oluliselt rohkem oli esinenud depressiooniepisoode ($K = 1,13$ vs $K = 0,59$, $t = -4,94$, $p<0,001$).

Depressiooniepisoodi elu jooksul esinemise alusel

Jagades valimi kaheks selle alusel, kas elu jooksul oli esinenud depressiooni-episood („jah“ vastus mõlemale küsimusele depressioonist elu jooksul mõõdikus), oli grupis, kus oli olnud depressiooniepisood 51 inimest, neist 42 naist ja 8 mehed, keskmise vanusega 27,8 aastat ($SH = 12,1$). Keskmise episoodide arv oli 3,4 ($SH = 4,2$), 72,5 protsendil oli olnud kuni kolm episoodi, maksimaalne episoodide arv oli 20.

Teises grupis, kus depressiooniepisoode polnud esinenud, oli 225 inimest, 148 naist ja 73 meest, keskmise vanusega 28,5 aastat ($SH = 13,2$).

Kahte gruppi eristasid statistiliselt oluliselt nii AMK-N sageduseskaala ($t(245) = -2,7$; $p = ,009$) kui ka AMK-PE sagedusskaala ($t(248) = 2,3$; $p = ,025$) kuid mitte usutavuse-skaalad. Lisaks eristasid kahte grupp statistiliselt oluliselt EEK-2 depressiooni, ärevuse ja väsimuse alaskaalad. Neil, kel oli esinenud depressiooniepisood, olid nende skaalade tulemused kõrgemad, lisaks oli neil ka rohkem negatiivseid elusündmusi viimase kuue kuu jooksul.

Kuid kuna võib oletada, et kõrgem tulemus võib olla tingitud ka praegusest kõrgeenenud depressiivsusest, kontrollisin, kas AMK skaalad ja düsfunktsionaalsete hoiakute skaala eristavad ka neid, kel minevikus on olnud depressiooniepisood, kuid

kelle praegune depressiivsuse tase jääb EEK-2 järgi normi piiresse ($N = 29$) neist, kel pole kunagi olnud episoodi ja on ka praegu EEK-2 järgi mittedepressiivsed ($N = 188$). Selgus, et sellisel juhul eristab neid gruppe ainult negatiivsete elusündmuste suurem esinemine ($t = -3,87$; $p = ,0001$). Neil, kel oli olnud depressiooniepisood, oli esinenud rohkem negatiivseid elusündmuseid.

Positiivsete ja negatiivsete väidete järjestuse alusel

Olulised erinevused gruppide vahel ilmneseid selles, kuidas AMK positiivsed ja negatiivsed väited järjestatud olid. Testikomplekti, kus olid eespool positiivsed väited, täitis 141 inimest ja komplekti, kus eespool negatiivsed väited, 140 inimest. Grupis, kus positiivsete väidete osa oli eespool, oli madalam AMK-P sageduskeskne ($K = 82,7$; $SH = 26,6$ vs $K = 92,0$; $SH = 23,2$; $t = -2,97$; $p = ,003$). Teistes AMK skaalades olulisi erinevusi ei olnud.

Korrelatsioonid

Kõik AMK skaalad korreleeruvad statistiliselt oluliselt EEK-2 depressiooni-skaalaga, kõige suurem korrelatsioon ($r = ,64$) oli AMK-N sageduskaala ja depressioonisümptomite vahel. DAS korreleerus statistiliselt oluliselt nii AMK-N sageduskaala kui ka mõõdukalt kõikide usutavuskaaladega, kuid oluline seos positiivsete mõtete sageduse vahel puudus. Ärevuse sümptomitega oli kõige tugevamalt seotud negatiivsete mõtete sagedus ($r = ,51$). Negatiivsete elusündmuste esinemisel oli väike statistiliselt oluline seos AMK-N sageduskaalaga ($r = ,17$), depressiooniepisoodi esinemine elu jooksul oli vähesel määral statistiliselt oluliselt korreleeritud mõlema sageduskaalaga (tulemused tabelis 9).

Selleks, et kontrollida, kas küsimustiku täitmise ajal vastajatel olnud meelolu mõjutab oma kognitsioonide hindamist, vaatasin korrelatsioone VAS skaaladel hinnatud meeleoluseisunditega (vt. tabel 10). Ootuspäraselt on AMK-PE skaaladel kõige kõrgemad korrelatsioonid rõõmsa meeleoluga ja AMK-N skaaladel kurva meeleoluga. DAS oli seotud statistiliselt oluliselt nii rõõmsa kui kurva meeleoluga. Ärevuse seisundiga olid seotud kõik negatiivseid või düsfunktsionaalseid kognitsioone mõõtvad skaalad, kõige suurem korrelatsioon ärevusega oli AMK-N sageduskaalal ($r = ,23$).

Positiivsete ja negatiivsete mõtete esinemise sagedus ei olnud statistiliselt oluliselt omavahel korreleeritud. AMK-PE sageduskaala oli seotud oma usutavuskaalaga

($r = ,69$). AMK-P usutavuseskaala oli lisaks negatiivselt seotud AMK-N sageduseskaalaga ($r = -,25$). Tulemused on tabelis 11.

Tabel 9. Korrelatsioonid AMK skaalade ja teiste mõõdikute vahel

Skaala	DAS	DEPR	ÜÄR	VÄS	ESK
AMK-P sagedus	-,09*	-,29	-,10*	-,21	-,05*
AMK-PE sagedus	-,10*	-,33	-,12*	,24	-,06*
AMK-N sagedus	,32	,64	,51	,45	,17
AMK-N usutavus	,23	,36	,33	,23	,08*
AMK-P usutavus	-,18	-,35	-,24	-,23	-,05*
AMK-PE usutavus	-,18	-,35	-,24	-,24	-,07*

Märkus. DAS- düsfunktsionaalsete hoiakute skaala; DEPR- EEK-2 depressiooni alaskaala; ÜÄR- EEK-2 üldärevuse alaskaala; VÄS- EEK-2 väsimuse alaskaala; ESK- elusündmuste küsimustik. Tärniga on märgitud korrelatsioonid, mis ei olnud statistiliselt olulised nivool $p < ,05$

Tabel 10. Korrelatsioonid VAS'iga mõõdetud meeleolu ja kognitsioone hindavate skaalade vahel

	AMK-PE sagedus	AMK-N sagedus	AMK-N usutavus	AMK-PE usutavus	DAS
Rõõmus	,40	-,13*	-,14*	,40	-,23
Kurb	-,24	,36	,24	-,22	,33
Rahulik	-,01*	-,14	-,16	,12*	-,10*
Ärev	,02*	,23	,15	-,15	,21
Kartlik	-,14	,22	,32	-,08*	,19

Märkus. Tärniga on märgitud korrelatsioonid, mis ei olnud statistiliselt olulised nivool $p < ,05$

Tabel 11. AMK skaalade omavahelised korrelatsioonid

Skaala	AMK-PE sagedus	AMK-N sagedus	AMK-N usutavus
AMK-N sagedus	-,12*		
AMK-N usutavus	-,10*	,45	
AMK-PE usutavus	,69	-,25	-,04*

Märkus. Tärniga on märgitud korrelatsioonid, mis ei olnud statistiliselt olulised nivool $p < ,05$

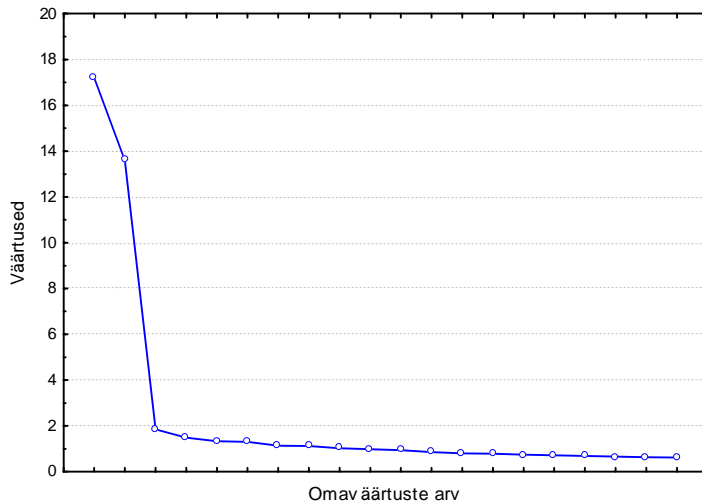
Faktoranalüüs

Kasutades peakomponentide analüüsi „varimax normalized“ rotatsiooniga uurisin positiivseid ja negatiivseid väiteid koos ja eraldi. Kui positiivsed ja negatiivsed väited olid ühes lahendis, siis selgesti oli eelistatum kahefaktoriline struktuur (vt. joonis 3) Üheksal faktoril oli omaväärtus üle 1, kuid kaks esimest faktorit seletasid koos ära 51,4% koguvariatiivsusest. Esimese faktor seletas koguvariatiivsusest ära 26,1% ja teine faktor 25,2%. Positiivsed ja negatiivsed väited laadusid selgelt eraldi faktoritesse, faktorlaadungid on esitatud tabelis 12.

Tabel 12. AMK väidete faktorlaadungid kahefaktorilises lahendis (peakomponentide meetodil *varimax* pööramisega)

AMK-P väited	Faktor 1	Faktor 2	AMK-N väited	Faktor 1	Faktor 2
1	,60	,00	1	-,07	,60
2	,75	-,17	2	-,15	,69
3	,73	-,11	3	-,03	,75
4	,74	-,05	4	,10	,65
5	,73	,02	5	,14	,57
6	,71	,02	6	-,09	,73
7	,65	-,01	7	-,02	,55
8	,70	-,09	8	-,05	,72
9	,73	-,13	9	-,13	,66
10	,67	,11	10	,00	,77
11	,75	-,00	11	-,07	,79
12	,65	-,00	12	-,09	,71
13	,73	-,09	13	-,03	,67
14	,72	,02	14	,02	,71
15	,71	-,04	15	-,09	,61
16	,81	-,12	16	-,03	,72
17	,82	-,11	17	-,12	,77
18	,73	,04	18	-,14	,75
19	,72	-,05	19	-,13	,73
20	,76	-,01	20	,08	,71
21	,60	-,02	21	-,06	,81
22	,74	-,09	22	-,06	,70
23	,80	,02	23	-,05	,71
24	,68	-,06	24	-,06	,74
25	,72	-,06	25	,03	,77
26	,69	-,04	26	-,03	,65
27	,67	-,05	27	,00	,69
28	,72	-,02	28	-,09	,75
29	,65	-,05	29	,05	,70
30	,78	-,09	30	-,01	,75

Märkus. Paksult märgitud laadungid ,55 ja rohkem



Joonis 3. AMK sagedusskaalade omaväärtuste graafik

Positiivsete väidete puhul oli kolme faktori omaväärtus üle ühe, seletades koos ära 60,2% andmete koguvariatiivsusest. Pööratud faktorite seletusprotsendid olid vastavalt 22,4%, 23,6% ja 14,2%.

Esimesse faktorisse laaduvad väited, mis on seotud nii hetkega rahuloluga kui ka positiivsete tulevikuootustega: „Kõik on väga hästi“, „Ma olen suurepärasel meeleolul“, „Minu tulevik paistab helge“.

Teisse faktorisse laaduvad mitmed väited, mis on seotud üldise elu, enda ja suhetega rahuloluga: „Ma olen rahul oma välimusega“, „Minu elus laabub kõik“, „Mul on suurepärasel suhted“. Kolmandasse faktorisse laaduvad väited nagu „Mul on hea huumorimeel“, „Teistel on minuga koos olles lõbus“, „Paljud inimesed hoolivad minust“, mis on seotud teiste inimeste hinnanguga. Faktorlaadungid on esitatud tabelis 13.

Siiski on palju kattuvusi, eriti esimese ja teise faktori vahel. Originaalstruktuuriga (Ingram & Wisnicki, 1988) haakub kõige rohkem kolmas faktor.

Tabel 13. AMK-PE väidete faktorlaadungid kolmefaktorilises lahendis (peakomponentide meetodil varimax pööramisega)

AMK-P väide	Faktor 1	Faktor 2	Faktor 3
Mul on hea huumorimeel.	,24	,18	,79
Ma olen õnnelik.	,68	,31	,30
Minu tulevik paistab helge.	,66	,34	,26
Ma olen edukas.	,58	,27	,48
Mu vanemad võivad mu üle uhked olla.	,46	,31	,54
Teistel on minuga koos olles lõbus.	,32	,26	,76
Uskumatu, et mul nii hästi läks.	,64	,23	,27
Ma olen suurepärase meeleolus.	,73	,16	,31
Kõik on väga hästi.	,81	,25	,16
Paljud inimesed hoolivad minust.	,35	,27	,60
Ma olen uhke oma saavutuste üle.	,52	,45	,29
Oleme õnnelik pere.	,56	,27	,32
Ma sain sellega hakkama.	,47	,47	,27
Mul on palju häid omadusi.	,24	,49	,57
Kõigele on lahendus olemas.	,36	,59	,23
Ma olen eluga rahul.	,58	,53	,26
Ma olen õnnelik inimene.	,56	,44	,42
Mul on sõpru, kes mind toetavad.	,26	,54	,48
Elu on põnev.	,41	,50	,36
Mul on suurepärase suhted.	,45	,60	,26
Ma ei pea millegi pärast muretsema.	,40	,56	,02
Ma tunnen ennast hästi.	,53	,49	,24
Minu elus laabub kõik.	,53	,63	,14
Ma olen rahul oma välimusega.	,14	,64	,35
Ma tunnen, et mu koht on siin.	,41	,52	,25
Mul on harva halbu päevi.	,41	,56	,19
Ma ei anna kunagi alla.	,14	,74	,23
See on minu hetk!	,23	,69	,30
Ma avaldan oma arvamust enesekindlalt.	,16	,67	,21
Minu elu läheb aina paremaks.	,38	,71	,20

Märkus: Paksult märgitud laadungid ,50 või rohkem

AMK-N sageduseskaala väidetel oli nelja faktori omaväärtus üle ühe, seletades koos ära 61,8% koguvariatiivsusest. Pööratud faktorite seletusprotsendid olid 20,6%, 14,7%, 13,9% ja 12,7%.

Esimeses faktoris olid suuremate laadungitega väited, mis alguses uuringus (Hollon ja Kendall, 1980) kuulusid madala enesehinnangu faktori alla: „Ma vihkan ennast“ ja „Ma olen väärtusetu“. Samuti väited, mis kuuluvad negatiivse enesekontseptsiooni alla „Ma olen ebaõnnestuja“, „Ma olen hädavares“ ja väited „Minu tulevik on rõõmutu“, „Miski pole vaeva väärt“, „Ma tunnen end nii abituna“, „Ma soovin, et võiksin lihtsalt kaduda“, mis peegeldavad lootusetust ja abitust.

Teises faktoris olid kõige suurema laadungiga väited, mis on seotud tegevuse algatamisega (neid väiteid originaaluuringu faktorstruktuuris ei olnud) „Ma ei suuda asju alustada.“ „Ma ei suuda end kokku võtta“ ja veidi väiksema faktorlaadungiga „Ma ei suuda midagi lõpetada“. Lisaks laadusid sinna väited „Ma soovin, et oleksin kusagil mujal“, „Mu elu ei kulge nii nagu sooviksin“, mis peegeldavad muutuste soovi. Kokkuvõtvalt võiks seda nimetada jõuetuse faktoriks.

Kolmanda faktori alla kuuluvad mitmed väited, mis originaaluuringus said nimetuse negatiivne enesekontseptsioon ja negatiivsed ootused „Minust ei ole asja“, „Miks mul miski ei õnnestu?“, aga ka väited „Keegi ei mõista mind“, „Ma tunnen, et maailm on minu vastu“, „Ma olen nii nõrk“ ja „Ma olen endas nii pettunud“, mis lähevad eelnevalt nimetatud faktoriga sisuliselt kokku.

Neljandas faktoris on suurema laadungiga väited: „Mis minuga lahti on?“, „Mis minuga toimub?“, „Miski peab muutuma“, mis originaalstruktuuris laadusid faktorisse halvasti kohanemine ja soov muutusteks. Lisaks laadusid sinna väited „Mul peab midagi viga olema“ ja „Minu elu on üks suur segadus“, mis sobituksid sisu poolest samasse faktorisse (neid väiteid originaaluuringu faktorstruktuuris ei olnud). Faktorlaadungid on esitatud tabelis 14.

Tabel 14. AMK-N väidete faktorlaadungid neljafaktorilises lahendis (peakomponentide meetodil varimax pööramisega)

AMK-N väide	Faktor 1	Faktor 2	Faktor 3	Faktor 4
1. Ma tunnen, et maailm on minu vastu.	,38	,11	,64	,05
2. Minust ei ole asja.	,36	,30	,64	,05
3. Miks mul miski ei õnnestu?	,25	,32	,67	,27
4. Keegi ei mõista mind.	,25	,07	,67	,31
5. Ma olen teisi inimesi alt vedanud	,19	,45	,14	,37
6. Ma ei usu, et jaksan edasi tegutseda.	,41	,43	,41	,20
7. Ma soovin, et oleksin parem inimene.	,00	,33	,43	,40
8. Ma olen nii nõrk.	,26	,29	,55	,35
9. Mu elu ei kulge nii nagu sooviksin.	,36	,55	,22	,21
10. Ma olen endas nii pettunud	,35	,40	,51	,30
11. Miski ei tundu enam hea.	,52	,39	,33	,32
12. Ma ei suuda seda enam taluda.	,37	,41	,40	,25
13. Ma ei suuda asju alustada.	,23	,77	,24	,13
14. Mis minuga lahti on?	,22	,27	,35	,64
15. Ma soovin, et oleksin kusagil mujal.	,22	,64	,08	,28
16. Ma ei suuda end kokku võtta.	,16	,75	,31	,25
17. Ma vihkan ennast.	,74	,20	,26	,25
18. Ma olen väärtusetu.	,73	,24	,32	,12
19. Ma soovin, et võiksin lihtsalt kaduda.	,64	,27	,26	,20
20. Mis minuga toimub?	,26	,20	,24	,74
21. Ma olen hädavares.	,56	,26	,34	,35
22. Minu elu on üks suur segadus.	,40	,35	,12	,55
23. Ma olen ebaõnnestuja.	,61	,17	,22	,36
24. Ma ei saavuta kunagi midagi.	,38	,33	,33	,42
25. Ma tunnen end nii abituna.	,65	,17	,29	,37
26. Miski peab muutuma.	,16	,42	,16	,62
27. Mul peab midagi viga olema.	,62	,06	,09	,57
28. Minu tulevik on rõõmutu.	,75	,18	,35	,13
29. Miski pole vaeva väärt.	,70	,32	,11	,07
30. Ma ei suuda midagi lõpetada.	,48	,56	,25	,15

Märkus: Paksult märgitud laadungid ,50 või rohkem

Positiivsete ja negatiivsete automaatomõtete suhe

Schwartz ja Garamoni (1989) on soovitanud leida positiivsete ja negatiivsete automaatomõtete suhte jagades positiivsete automaatomõtete skoori positiivsete ja negatiivsete automaatomõtete skoori summaga (SOM suhe). SOM suhte leidmiseks on soovitatud 1-5 palline skaala ümber arvutada 0-4 palliseks (Amsel ja Fichten, 1998). Selleks lahutasin AMK sageduseskaalade koguskoorist 30 ja asendasin nullid ühtedega. Antud valimis tuli keskmiseks suhteks 0,75 (SH = ,17). Kõige madalam suhe oli 0,11 ja kõrgeim suhe 0,99.

SOM suhe korreleerus statistiliselt oluliselt kõikide vaadeldud mõõdikutega (tulemused tabelis 15). Kõige kõrgem korrelatsioon oli EEK-2 depressiooni alaskaalaga ja väikseim negatiivsete elusündmuste esinemisega.

Tabel 15. Positiivsete ja negatiivsete automaatomõtete suhte korrelatsioonid teiste mõõdikutega

Mõõdik	Positiivsete ja negatiivsete mõtete suhe
DAS-A	-,38
EEK-2 depressiooni alaskaala	-,76
EEK-2 üldärevuse alaskaala	-,55
EEK-2 väsimuse alaskaala	-,57
Elusündmuste küsimustik	-,15
Depressiooni episood elu jooksul	-,26
AMK-PE usutavus	,48
AMK-N usutavus	-,35

Märkus. tulemused olulised nivool $p < ,05$

Positiivsete ja negatiivsete mõtete suhe eristas statistiliselt oluliselt depressiivsete ja mittedepressiivsete gruppi. EEK-2 depressioonialaskaala alusel grupeerides [$t(224) = 11,68$, $p < ,001$] oli mittedepressiivsete keskmine suhe 0,80 (SH = ,13) ja depressiivsete keskmine suhe 0,54 (SH = ,16).

Regressioonimudelid

Et välja selgitada, kas AMK küsimustikes on lisaks sageduseskaalale ka usutavuseskaalal oluline osa depressiooni ennustamises ning kas positiivsetel ning negatiivsetel mõtetel on oma unikaalne panus, viidi läbi mitmene regressioonanalüüs. Koostasid hierarhilisi mudeleid, kus kõigepealt valisin sõltumatuks muutujaks sageduseskaala ja seejärel lisasin usutavuseskaala, sõltuvaks muutujaks oli kõikides mudelites depressiooni esinemine mõõdetuna EEK-2 depressiooni alaskaalaga.

Esimeses mudelis oli sõltumatuteks muutujateks positiivsete mõtete sagedus ja usutavus. Kui mudelis oli ainult AMK-PE sageduskaala, oli mudel statistiliselt oluline, seletades 13% depressiooni koguhajuvusest ($F(1,233)=33,58$; $p<,0000$). Sammsammulise muutujate mudelisse lisamisega oli mudel, kus olid nii sagedus kui ka usutavuseskaala, samuti oluline ($F(2,232)=20,73$; $p<,00000$). Mudel kirjeldas 14% depressiooni koguhajuvusest ja usutavuseskaala andis sellest 3% ($p=,009$). Tulemused tabelis 16.

Tabel 16. Regressioonanalüüsi kokkuvõte. Sõltuv muutuja depressiooni esinemine

Muutujad	B	B standard viga	β	β standard viga	T (233)	p	R2	$\Delta R2$
1. samm								
AMK-PE sagedus	-,069	,012	-,355	,061	-5,794	,0000	,126	
2.samm								
AMK-PE sagedus	-,043	,015	-,221	,079	-2,813	,005		
AMK-PE usutavus	-,046	,018	-,209	,079	-2,648	,009	,152	,026

Järgmisena panin mudelisse AMK-N sageduse- ja usutavuseskaala. Tulemused on tabelis 17. AMK-N sageduseskaala kirjeldab 39% depressiooni koguhajuvusest. Mudel, kus oli ainult sageduseskaala, oli oluline ($F(1,231)=149,89$; $p<,0000$). Kui mudelisse panna AMK-N sageduseskaala koos usutavuseskaalaga, siis oli mudel samuti usaldusväärne ($F(2,230)=78,363$; $p<,0000$), kirjeldades koos 40% depressiooni koguhajuvusest. Jällegi, kuigi statistiliselt oluline, oli usutavuseskaala kirjeldusjõud väike, lisades ühe protsendi ($p=,034$).

Tabel 17. Regressioonanalüüsi kokkuvõte. Sõltuv muutuja: depressiooni esinemine

Muutujad	B	B standard viga	β	β standard viga	T	p	R2	$\Delta R2$
1. samm								
AMK-N sagedus	,169	,014	,627	,051	12,243 (231)	,0000	,394	
2.samm								
AMK-N sagedus	,156	,015	,577	,560	10,300 (230)	,0000		
AMK-N usutavus	,02	,010	,119	,560	2,131	,0342	,405	,012

Kui mudelisse panna mõlemad sageduseskaalad (tulemused tabelis 18), oli suurema kirjeldusjõuga AMK-N sageduseskaala, seletades 41% depressiooni koguhajuvusest. Mudel, kus oli ainult AMK-N sageduseskaala, oli usaldusväärne ($F(1,230)=158,25$; $p<,0000$). Kui mudelis olid nii AMK-PE kui ka AMK-N sageduseskaalad, lisas AMK-PE sageduseskaala 8%, koos kirjeldades 48% andmete koguhajuvusest. Mudel oli usaldusväärne ($F(2,229)=107,26$; $p<,0000$).

Tabel 18. Regressioonanalüüsi kokkuvõte. Sõltuv muutuja: depressiooni esinemine

Muutujad	B	B standard viga	β	β standard viga	t	p	R2	$\Delta R2$
1. samm								
AMK-N sagedus	-,174	,014	,639	,051	12,580 (230)	,0000	,408	
2.samm								
AMK-N sagedus	,166	,013	,607	,048	12,712 (229)	,0000		
AMK-PE sagedus	-,056	,010	-,278	,048	-5,809	,0000	,484	,076

Kui mudelisse panna kõik AMK skaalad (tulemused tabelis 19) oli kõige suurema kaaluga AMK-N sageduseskaala, kirjeldades 37% andmete koguhajuvusest. Mudel, kus oli ainult AMK-N sagedus, oli usaldusväärne ($F(1,203)=120,19$; $p<,0000$). Teise sammuna lisasin AMK-PE sageduseskaala, ka sel juhul oli mudel usaldusväärne

($F(2,202)=82,67$; $p<,0000$), AMK-sageduseskaala lisas 8% andmete koguhajuvuse kirjeldusele. Kolmanda sammuna lisatud AMK-N usutavuseskaala lisas 1%, mudeli olulisus oli madalam eelmistest mudelitest ($F(3,201)=57,85$; $p<,0000$). Viimase sammuna lisatud AMK-PE usutavuseskaala ei andnud statistiliselt oluliselt mudelile kirjeldusjõudu juurde, mudel kirjeldas 46% depressiooni koguhajuvusest ($F(4,200)=43,89$; $p<,0000$).

Tabel 19. Regressioonanalüüsi kokkuvõte. Sõltuv muutuja: depressiooni esinemine

Muutujad	B	B standard viga	β	β standard viga	t	p	R2	$\Delta R2$
1. samm								
AMK-N sagedus	,165	,015	,610	,056	10,963 (203)	,0000	,372	
2.samm								
AMK-N sagedus	,157	,014	,579	,052	11,035 (202)	,0000		
AMK-PE sagedus	-,055	,010	-,281	,052	-5,360	,0000	,450	,078
3. samm								
AMK-N sagedus	,142	,016	,525	,057	9,155 (201)	,0000		
AMK-PE sagedus	-,053	,010	-,273	,052	-5,228	,0000		
AMK-N usutavus	,023	,010	,128	,057	2,229	,0269	,463	,013
4. samm								
AMK-N sagedus	,136	,016	,501	,061	8,280 (200)	,0000		
AMK-PE sagedus	-,042	,014	-,212	,071	-2,975	,0033		
AMK-N usutavus	,026	,011	,145	,059	2,459	,0148		
AMK-PE usutavus	-,020	,016	-,091	,074	-1,239	,2169	,467	,004

Kui mudelisse panna kõigepealt eelnevatest mudelitest kõige suurema kirjeldusjõuga muutujate paari, AMK-N ja AMK-PE sageduseskaalad, mis koos kirjeldavad

53% andmete koguvariatiivsusest (1. samm: $F(2,223)=129,61$; $p<,0000$) ning lisada neile teise sammuna SOM suhte, siis saadud mudel kirjeldab 55% andmete koguvariatiivsusest (mudeli näitajad: $F(3,222)=94,44$; $p<,0000$). AMK-PE panus ei olnud statistiliselt oluline ja SOM suhe lisas kirjeldusele 2%, mis viitab sellele, et muutujad on suures osas kattuvad (vt. tabel 20).

Tabel 20. Regressioonanalüüsi kokkuvõte. Sõltuv muutuja: depressiooni esinemine

Muutujad	B	B standard viga	β	β standard viga	t	p	R2	$\Delta R2$
1. samm								
AMK-N sagedus	,191	,013	,659	,046	14,461 (223)	,0000		
AMK-PE sagedus	-,061	,009	-,299	,046	-6,566	,0000	,533	
2. samm								
AMK-N sagedus	,100	,029	,347	,101	3,423 (222)	,0007		
AMK-PE sagedus	-,022	,015	-,106	,072	-1,473	0,1423		
SOM	- 11,8 20	3,458	-,402	,118	-3,418	,0008	,560	,023

ARUTELU

Töö esimeses osas võrreldi depressiooni diagnoosiga patsientide ja tervete inimeste positiivseid ja negatiivseid automaاتمؤتتد. Selleks oli 83 depressiooni diagnoosiga inimesele leitud tavavalimi seast mittedepressiivsed paarilised soo ja vanuse alusel. Tulemused olid kooskõlas depressiooni kognitiivse teooriaga, ühtlasi kinnitades püstitatud hüpoteesi: patsientidel oli statistiliselt oluliselt suurem negatiivsete mõtete sagedus ja väiksem positiivsete mõtete sagedus. Statistiliselt olulised erinevused olid ka nende mõtete usutavuses: võrreldes tavavalimiga uskusid patsiendid rohkem negatiivseid mõtteid ja vähem positiivseid mõtteid. Kui AMK-N kõik väiteid eristasid patsientide- ja tavagruppi, siis AMK-P väidetest kaks väidet ei teinud seda statistiliselt oluliselt ja üks väide tegi seda teistest nõrgemini. Need väiteid asendati töö teises osas parandatud skaalas uute väidetega.

Töö peamiseks eesmärgiks oli tõsta eestikeelse positiivsete automaاتمؤتتد küsimustiku eristavat valiidsust ja nii parandada küsimustiku psühhomeetrilisi omadusi. Küsimustikku lisati kehvale psühhomeetriliste omadustega väidete asemele üheksa uut väidet. Uued väited AMK-P küsimustikku leiti sama protseduuri alusel nagu originaaluuringus (Ingram ja Wisnicki, 1988). 28-st positiivsest enesekohasest mõttest valis ekspertgrupp välja 15 väidet, mis liideti originaalküsimustikuga ja mille täitnud 281st inimesest koosnenud valimi alusel oli võimalus väiteid võrrelda.

Nii saadud uuel AMK-P küsimustikul (AMK-PE) olid väga head reliaablusenäitajad, Cronbahi alfa oli ,97, keskmine väidetevaheline korrelatsioon oli ,50. Vahtra (2005) töös oli AMK-P Cronbachi alfa ,95 ja keskmine väidete vaheline korrelatsioon ,39.

Uue ja originaal-AMK-P sageduseskaala keskmised ja standardhälbed olid väga sarnased Dozois jt. (2003) poolt leitud normatiivsete keskmistega ning sarnased Vahtra (2005) lõputöös leitud.

AMK-N küsimustiku keskmised skoorid olid samuti sarnased nii varasemalt leitud kui ka normatiivsete tulemustega. Cronbachi alfa oli ,96 ja keskmine väidete vaheline korrelatsioon ,47, mis näitab, et AMK eestikeelsetel skaaladel on püsivalt kõrged reliaablusenäitajad.

Kõik AMK skaalad eristasid kõrgema depressiivsusega inimesi mittedepressiivsetest. Inimestel, kellel oli elus esinenud depressiooniepisood, ehk need, kes vastavalt kognitiivsetele teooriatele on depressioonile haavatavamad, oli

tõepoolest ka kõrgem negatiivsete mõtete sagedus ja väiksem positiivsete mõtete sagedus, samas olid neil kõrgemad skoorid ka EEK-2 depressiooniskaalal. Jättes välja need mineviku depressiooniga inimesed, kel ka praegu oli kõrge depressiivsus, ei olnud gruppidel enam statistiliselt olulist erinevust kognitsioone mõõtvates skaalades, seega eelnevalt leitud erinevus oli pigem seotud vastajate praeguse seisundiga. Kuna automaatmõtete küsimustikud mõõdavad seisundispetsiifilisi kognitsioone, siis oli see oodatav tulemus, kuna mittedepressiivsetel minevikudepressiooniga inimestel pole haavatavust suurendavad skeemid aktiveerunud.

Naistel olid kõrgemad skoorid kui meestel EEK-2 depressiooni, ärevuse ja väsimuse alaskaalades. Kõige depressiivsem oli 18-19 aastaste vanusegrupp ja teistest vanusegruppidest oluliselt väiksem depressiooniskoor oli 46-aastastel ja vanematel. AMK skaalades ei olnud olulisi erinevusi sugude ega erinevate vanusegruppide vahel. Ühtlasi ei olnud tulemus sarnane varem leitudetega, kus AMK-P sageduseskoor oli oluliselt kõrgem 18-aastastel ja noorematel ning väiksem 30-44-aastastel (Vahtra, 2005). Selle tulemuse põhjal võib oletada, et soolised erinevused depressioonis pole seotud automaatmõtete sagedusega ja usutavusega, või üldse selles töös uuritud kognitiivsete faktoritega.

Kõik AMK skaalad olid oluliselt seotud depressiooni sümptomitega, AMK-PE korrelatsioon depressiivsusega oli veidi tugevam kui originaalskaalal. Ärevusega oli oluliselt seotud negatiivsete mõtete sagedus ja positiivsete ning negatiivsete mõtete usutavus. Sarnane tulemus, kus AMK-P on seotud ainult depressiooni, kuid mitte ärevusega, on leitud ka mitmetes uuringutes (Burgess ja Haaga, 1994, Jolly ja Wiesner, 1996). Seega, vähenenud positiivne mõtlemine sarnaselt madalamale positiivsele afektiivsusele (Watson, Clark ja Carey, 1988) on iseloomulik depressioonile, kuid mitte ärevusele. Kõrgem negatiivne afektiivsus, nii nagu ka suurenenud negatiivsete automaatmõtete sagedus, on omased nii depressioonile kui ärevusele. Seega leidis kinnitust püstitatud hüpotees, et negatiivsed automaatmõtted seostuvad nii depressiooni kui ka ärevusega, kuid positiivsed automaatmõtted seostuvad ainult depressiooniga.

Negatiivsete elusündmustega oli nõrk korrelatsioon AMK-N sageduseskaalal. Neil, kellel on olnud rohkem negatiivseid elusündmuseid, võib olla ka üldine stressitase kõrgem ja sellega kaasneda rohkem negatiivseid automaatmõtteid, kuid see ei pruugi mõjutada positiivsete mõtete sagedust.

AMK sageduseskaalad ei olnud omavahel statistiliselt oluliselt korreleeritud. See viitab sellele, et positiivsus ja negatiivsus ei ole ühe dimensiooni poolused, vaid on iseseisvad kogemuse aspektid (MacLeod ja Moore, 2000). Seda on kinnitanud ka afektiivsuse uuringud, kus positiivne ja negatiivne afektiivsus pole üldse või on omavahel väga nõrgalt seotud (Watson, Clark ja Tellegen, 1988).

Korrelatsioon puudus düsfunktsionaalsete hoiakute ja positiivsete mõtete sageduse vahel, sama tulemus leiti ka eelmises uuringus (Vahtra, 2005). Ingrami jt. (1995) uuringus leiti ATQ-P ja DAS'i vaheliseks korrelatsiooniks -,42. Samas düsfunktsionaalsete hoiakute ja negatiivsete mõtete sageduse vahel oli keskmise tugevusega korrelatsioon. Seda võib seletada ühelt poolt sellega, et düsfunktsionaalsed hoiakud on ka kontseptuaalselt seotud pigem negatiivsete mõtetega, mõõtes ebakohaseid kognitsioone. Düsfunktsionaalsed hoiakud on püsivad kognitiivsed skeemid, mis kallutavad hindama negatiivselt iseennast, maailma ja tulevikku, mille tulemuseks on negatiivsed automaatmõtted. Kuna puudub oluline korrelatsioon positiivsete ja negatiivsete mõtete vahel, siis võib olla loogiline, et puudub seos ka positiivsete mõtete ja düsfunktsionaalsete hoiakute vahel. Positiivsete ja negatiivsete mõtete vähest seotust on leitud ka teistes uuringutes (Ingram ja Wisnicki, 1988, Ingram et al. 1995). Ingram jt. (1995) täheldas, et erinevates uuringutes oli ATQ ja ATQ-P vaheline negatiivne korrelatsioon seda kõrgem, mida suurema psühhopaatoloogiaga valimeid kasutati ehk nende omavaheline seos võib olla seotud kolmanda muutuja kaudu.. Kuna depressiooni ja ärevuse sümptomid on tihti kattuvad, siis võib see kolmas vahendav muutuja olla ärevus. Burgess ja Haaga (1994) leidsid, et kui kontrollida ärevuse sümptomeid, siis seos ärevuse ja positiivsete automaatmõtete vahel kaob.

Niisiis leidis osalist kinnitust püstitatud hüpotees, et automaatmõtted on seotud düsfunktsionaalsete hoiakutega, negatiivsete elusündmuste esinemise ja varasema depressiooni episoodiga elus. Negatiivsed automaatmõtted on tõepoolest korreleeritud nii düsfunktsionaalsete hoiakutega kui ka negatiivsete elusündmuste esinemisega ja kuna minevikudepressiooniga grupil on ka praegune depressiivsuse tase kõrgem, siis kaudselt on automaatmõtted seotud ka minevikudepressiooniga.

Nagu võib intuiitselt eeldada, oli AMK-PE sageduseskaala positiivselt seotud vastajatel testipaketi täitmise ajal olnud rõõmsa meeleolu ja negatiivselt kurbuse seisundiga ning vähesel määral negatiivselt kartlikkusega. AMK-N sagedus oli

mõõdukalt seotud kurbuse seisundiga kui ka väiksemal määral ärevust näitavate seisunditega.

AMK sageduseskaalade väited laadusid selgelt kahte faktorisse — positiivsed ja negatiivsed väited. Positiivsete väidete puhul oli kolme faktori omaväärtus üle ühe ja kuigi faktorstruktuur oli kaugel lihtsast, siis võib eristada hetkega rahulolu ja positiivsete ootuste, üldise rahulolu ning teiste positiivse hinnangu faktoreid. Originaaluuringu faktoritele on kõige sarnasem teiste positiivse hinnangu faktor. Tuleb arvesse võtta, et üheksa väidet on asendatud uute väidetega.

AMK-N sageduseskaalade väidete puhul oli nelja faktori omaväärtus üle ühe ja faktorstruktuur mõnevõrra selgem ja ka sarnasem originaaliga kui AMK-PE puhul. Faktoreid võiks kokkuvõtvalt nimetada madala enesehinnangu ja lootusetuse, jõuetuse, negatiivse enesekontseptsiooni ja negatiivsete ootuste ning halvasti kohanemise ja muutuste soovi faktoriteks.

Erinevatest positiivsete ja negatiivsete mõtete suhetest on SOM suhe üks enamkasutatavaid, kuna tal on väljatöötatud normid ning teoreetiliselt tuletatud vahemikud iseloomustamaks adaptiivset ja mitteadaptiivset mõtlemist. On leitud, et madalam SOM suhe tõepoolest peegeldab eba funktsionaalset mõtlemist kui kõrgem suhe (nt. Burgess ja Haaga, 1994).

Positiivsete ja negatiivsete automaatmõtete suhte keskmine selles töös oli 0,75, mis jääb Schwartzi ja Garamoni (1989) poolt pakutud psüühiliselt tervetele omasesse vahemikku. Suhe eristas oluliselt depressiivsemaid inimesi mitte depressiivsetest, EEK-2 depressiooniskaalal kõrgema skoori saanud inimestel oli see suhe 0,54, mis iseloomustab Schwartzi ja Garamoni kohaselt kerget psühhopatoloogiat.

SOM suhte arvutamisel on oluline arvesse võtta, millist skaalat kasutatakse. Et suhe ulatuks oma teoreetilise maksimumini üks ja miinimumini null, peab skaala otsmine punkt, mis tähistab vastust “mitte kunagi”, olema null. Samas paljud küsimustikud, mille abil SOM suhet arvutatakse, kasutavad 1-5 skaalat. Amsel ja Fichten (1998) soovivad kasutada SOM suhte arvutamisel nulliga algavaid skaalasid. Nad leidsid, et ei ole vahet, kas kasutada kohe 0-4 punktilist skaalat või see hiljem ümber arvutada. Nii saadud suhte variatiivsus valimis on suurem, ulatudes ka äärmistesse väärtustesse. Leiti, et selline skaala ümberarvutamine ei muutnud oluliselt keskmisi ega korrelatsioone mõõdikute vahel ja tõstis suhte eristamisvõimet.

Regressioonanalüüsi tulemusel selgus, et kuigi usutavuseskaalad moodustavad koos sageduseskaalaga usaldusväärse mudeli depressiooni kirjeldamiseks, on

usutavuseskaalade panus depressiooni koguhajuvuse kirjeldamisse väike. Kahe mudeli kirjeldusjõud oli teistest suurem: mudel, mis sisaldas AMK-PE ja AMK-N sageduseskaalasid kirjeldas 48% depressiooni koguhajuvusest. Kui sinna mudelisse lisati SOM suhe, siis andis see andmete kirjeldusse juurde 2%, seega sageduseskaalad ja SOM suhe on küllaltki kattuvad depressiooni kirjeldamisel. Kuna usutavuseskaalad käituvad mitmes aspektis sarnaselt sageduseskaaladega, kuid nende unikaalne panus depressiooni kirjeldamisse on väike, siis uuringutes AMK'd kasutades piisab ilmselt sageduseskaalast, kuid kliinilises kontekstis võib usutavuseskaala siiski väärtuslikuks osutada.

Ühe ootamatu tulemusena ilmnes, et inimestel, kes täitsid esmalt AMK-N, oli kõrgem tulemus positiivsete mõtete sageduses kui neil, kes täitsid esmalt AMK-P ja siis AMK-N. Samas väidete järjekord ei mõjutanud AMK-N'i skoori. Võib oletada, et pärast negatiivsetele väidetele vastamist hindasid inimesed oma positiivsete mõtete sagedust üle. Sellest tulemusest lähtuvalt on oluline arvestada väidete mõju üksteisele. Soovitav oleks mõlema küsimustiku kasutamise korral panna väited segamini.

Uuringu tulemusi tõlgendades peab arvesse võtma, et tegemist on mugavusvalimiga ja valim pole sooliselt ega vanuseliselt representatiivne Eesti elanikkonnale, samuti oli ebaproportsionaalselt suur osa valimist tudengid või õpilased.

Võib öelda, et nüüd on nii negatiivsete kui ka positiivsete mõtete küsimustikul väga head psühhomeetrilised omadused. Lisaks suurepärastele sisemisele reliaablusele on neil ka hea eristav valiidsus. Automaاتمؤتت küsimustikud on loodetavasti abiks kognitiivkäitumuslikke tehnikaid kasutavate klinitsistide praktilises töös, võimaldades hinnata depressiooniga seostuvaid automaاتمؤتت ja kasutada seda ravi edukuse hindamiseks. Lisaks on automaاتمؤتت küsimustikud kohased hindamaks uuringutes depressiooniga seostuvaid automaاتمؤتت. Mõlemad küsimustikud on ühed enamkasutatavad kognitiivsed mõõtevahendid (Dozois et al., 2003). Kuigi AMK-P's asendati ligi kolmandik originaalväidetest uute väidetega, olid keskmised näitajad väga sarnased originaaliga ning võib eeldada, et nad on samaväärsed mõõtevahendid.

TÄNUAVALDUS

Soovin tänada oma juhendajat Anu Aluoja põhjalikkuse, kannatlikkuse ja alati-olemas-olemise eest ja Kaia Kastepõld-Tõrsi loa eest kasutada enda kogutud andmeid. Suur tänu Marisele ja Martinile ekspertgrupis osalemise eest. Tänan kõiki sõpru, eriliselt suur tänu Merlele, kes aitasid andmete kogumisel ja olid toeks töö valmimise ajal. Ja viimasena, kuid sugugi mitte kõige vähemana, olen väga tänulik kõikidele testitajatele.

VIITED

- Abramson, L. Y., Metalsky, G. I., & Alloy, L. B. (1989). Hopelessness depression: A theory-based subtype of depression. *Psychological Review*. 96, 358-372.
- Alloy, L. B., & Ahrens, A. H. (1987). Depression and pessimism for the future: Biased use of statistically relevant information in predictions for self versus others. *Journal of Personality and Social Psychology*. 52, 366-378.
- Aluoja, A., Shlik, J., Vasar, V., Luuk, K., & Leinsalu, M. (1999). Development and psychometric properties of the Emotional State Questionnaire, a self-report questionnaire for depression and anxiety. *Nordic Journal of Psychiatry*. 53, 443-449.
- Amsel, R., & Fichten, C. S. (1998). Recommendations for Self-Statement Inventories: Use of Valence, End Points, Frequency, and Relative Frequency. *Cognitive Therapy and Research*. 22(3), 255-277.
- Beck, A.T. (1967). *Depression: Clinical, experimental, and theoretical aspects*. New York: Harper & Row.
- Beck, A.T. (1976). *Cognitive therapy and emotional disorders*. New York: International Universities Press.
- Beck, A. T., Rush, A. J., Shaw, B. E., & Emery, G. (1979). *Cognitive therapy of depression*. New York: Guilford Press.
- Brugha, T., Bebbington, P., Tennant, C. & Hurry, J. (1985). The list of threatening experiences: a subset of 12 life event categories with considerable long-term threat. *Psychological Medicine*, 15, 189-194.

- Burgess, E. & Haaga, A. F. (1994). The Automatic Thoughts Questionnaire (ATQ-P) and the Automatic Thoughts Questionnaire—Revised (ATQ-RP): Equivalent Measures of Positive Thinking? *Cognitive Therapy and Research*. 18(1), 15-23.
- David, D., & Szentogotai, A. (2006). Cognitions in cognitive-behavioral psychotherapies; toward an integrative model. *Clinical Psychology Review*. 26, 284-298.
- DeRubeis, R. J., Gelfand, L. A., Tang, T. Z., & Simons, A. D. (1999). Medication versus cognitive behavior therapy for severely depressed outpatients: A meta-analysis of four randomized comparisons. *American Journal of Psychiatry*, 156, 1007-1013.
- Dozois, D. J. A., Covin, R. & Brinker, J. K. (2003). Normative Data on Cognitive Measures of Depression. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*. 71(1), 71-80.
- Dozois, D. J. A. (2007). Stability of Negative Self-Structures: A Longitudinal Comparison of Depressed, Remitted, and Nonpsychiatric Controls. *Journal of Clinical Psychology*. 63(4), 319-338.
- Dowd, E. T. (2004). Depression: Theory, assessment, and new directions in practice. *International Journal of Clinical and Health Psychology*. 4(2), 413-423.
- Ellis, A. (1962). *Reason and emotion in psychotherapy*. Secaucus, NJ: Citadel.
- Fennell, M. J. V. (1989/1992). *Depressioon*. Rmt: Hawton, K., Salkovskis, P. M., Kirk, J., Clark, D.M. Psühhiaatriliste probleemide kognitiivne käitumisravi. Tõlge eesti keelde Soovik, E.-R. *Fontes PMP*. 197-268.
- Furlong, M., & Oei, T. P. S. (2002). Changes to automatic thoughts and dysfunctional attitudes in group CBT for Depression. *Behavioural and Cognitive Psychotherapy*. 30, 351–360.
- Gemar, M. C., Segal, Z. V., Sagrati, S., & Kennedy, S. J. (2001). Mood-induced changes on the implicit association test in recovered depressed patients. *Journal of Abnormal Psychology*. 110, 282–289.
- Haaga, D. A. F., Dyck, M. J. & Ernst, D. (1991). Empirical Status of Cognitive Theory of Depression. *Psychological Bulletin*. 110 (2), 215-236
- Hankin, B. L., Lakdawalla, Z., Carter, I. L., Abela, J. R. Z., & Adams, P. (2007). Are Neuroticism, cognitive vulnerabilities and self-esteem overlapping or distinct risks for depression? Evidence from exploratory and confirmatory factor analyses. *Journal of Social and Clinical Psychology*. 26(1), 29-63.

- Hathaway, S. R., & McKinley, J. C. (1940). The measurement of symptomatic depression with the Minnesota Multiphasic Personality Schedule. *Psychological Bulletin*. 37, 425.
- Hollon, S. D., & Kendall, P. C. (1980). Cognitive Self-Statements in Depression: Development of an Automatic Thoughts Questionnaire. *Cognitive Therapy and Research*. 4, 383-395.
- Hollon, D., Kendall, P. C., & Lumry, A. (1986). Specificity of Depressotypic Cognitions in Clinical Depression. *Journal of Abnormal Psychology*. 95(1), 52-59.
- Hollon, S. D. (2003). Does cognitive therapy have an enduring effect? *Cognitive Therapy and Research*. 27, 71-76.
- Ingram, R. E. & Wisnicki, K. S. (1988). Assessment of Positive Automatic Cognition. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*. 56, 898-902.
- Ingram, R. E., Slater, M. A., Atkinson, J. H., & Scott, W. (1990). Positive Automatic Cognition in Major Affective Disorder. *A Journal of Consulting and Clinical Psychology*. 2(2), 209-211.
- Ingram, R. E., Kendall, P. C., Siegle, G., Guarino, J. & McLaughlin, S. C. (1995). Psychometric Properties of the Positive Automatic Thoughts Questionnaire. *Psychological Assessment*. 7(4), 495-507.
- Ingram, R. E., Trenary, L., Odom, M., Berry, L., & Nelson, T. (2007). Cognitive, affective and social mechanisms in depression risk: Cognition, hostility, and coping style. *Cognition and Emotion*. 21(1), 78-94.
- Jolly, B. J. & Wiesner, D. C. (1996). Psychometric Properties of the Automatic Thoughts Questionnaire — Positive with Inpatient Adolescents. *Cognitive Therapy and Research*. 29 (5), 481-498.
- Joseph, S. (1993). Subscales of the Automatic Thoughts Questionnaire. *The Journal of Genetic Psychology*. 155 (3), 367-368.
- Kendall, P. C., Howard, B. L., & Hays, R. C. (1989). Self-referent speech and psychopathology: The balance of positive and negative thinking. *Cognitive Therapy and Research*. 13, 583-598.
- Kreepipuu, M., Karila, I. & Nupponen, R. (1995). DAS-A: New factorial structure in every new study? *World Congress of Behavioural and Cognitive Therapies*, Copenhagen, July, 11-15.

- Kwon, S. M., & Oei, T. P. S. (1994). Roles of two levels of cognition in the development, maintenance and treatment of depression. *Clinical Psychology Review*. 14, 331–358.
- Lewinsohn, P. M., Mischel, W., Chaplin, W., & Barton, R. (1980). Social competence and depression: The role of illusory self-perceptions. *Journal of Abnormal Psychology*. 89, 203–212.
- Lightsey, O. R. Jr. (1994a). „Thinking Positive“ as a Stress Buffer: The Role of Positive Automatic Cognitions in Depression and Happiness. *Journal of Counseling Psychology*. 41(3), 325–334.
- Lightsey, O. R. Jr. (1994b). Positive Automatic Cognitions as Moderators of Negative Life Event-Dysphoria Relationship. *Cognitive Therapy and Research*. 18 (4), 353–365.
- Lightsey, O. R. Jr. (1999). Positive Thoughts versus States of Mind Ratio as a Stress Moderator: Findings Across Four Studies. *Cognitive Therapy and Research*. 23 (5), 469–482.
- Macleod, A. K. & Moore, R. (2000). Positive Thinking Revisited: Positive Cognitions, Well-being and Mental Health. *Clinical Psychology and Psychotherapy*. 7, 1–10.
- Nolen-Hoeksema, S. (1991). Responses to depression and their effects on the duration of depressive episodes. *Journal of Abnormal Psychology*. 4, 569–582.
- Psüühika-ja käitumishäirete klassifikatsioon RHK-10: Kliinilised kirjeldused ja diagnostilised juhised. (1995). Tartu Ülikool
- Scheier, M. F. & Carver, C. S. (1992). Effects of optimism on psychological and physical well-being: Theoretical overview and empirical update. *Cognitive Therapy and Research*. 16, 201–228.
- Scher, C. D., Ingram, R. E., & Segal, Z. V. (2005). Cognitive reactivity and vulnerability: Empirical evaluation of construct activation and cognitive diatheses in unipolar depression. *Clinical Psychology Review*. 25, 487–510.
- Schwartz, R. M. & Garamoni, G. L. (1989). Cognitive balance and psychopathology: Evaluation of an information processing model of positive and negative states of mind. *Clinical Psychology Review*. 9, 271–294.
- Schwartz, R. M. (1997). Consider the simple screw: Cognitive science, quality improvement, and psychotherapy. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*. 65, 970–983.

- Segal, Z. V. & Ingram, R. E. (1994). Mood priming and construct activation in tests of cognitive vulnerability to unipolar depression. *Clinical Psychology Review*. 14, 663-695.
- Sheehan, D. V., Lecrubier, Y., Sheehan, K. H., Amorim, P., Janavs, J., Weiller, E., Hergueta, T., Baker, R., & Dunbar, G. C. (1998). The Mini-International Neuropsychiatric Interview (M.I.N.I): The development and validation of a structured diagnostic psychiatric interview for DSM-IV and ICD-10. *Journal of Clinical Psychiatry*. 59(20), 22-33.
- Szentagotai, A., & Freeman, A. (2007). An analysis of the relationship between irrational beliefs and automatic thoughts in predicting distress. *Journal of Cognitive and Behavioral Psychotherapies*. 7(1), 1-9.
- The World health report 2001. Mental health: new understanding, new hope. World Health Organization.
- Vahtra, L. (2005). Automaatmõtete küsimustiku kohandamine Eesti valimil. Lõputöö, Tartu Ülikool, Psühholoogia osakond.
- Watson, D., Clark, L. A., & Carey, G. (1988). Positive and negative affectivity and their relation to anxiety and depressive disorders. *Journal of Abnormal Psychology*. 97, 346–353.
- Watson D, Clark L. A. & Tellegen A. (1988). Development and validation of brief measures of positive and negative affect: The PANAS scales. *Journal of Personality and Social Psychology*. 54, 1063-1070.
- Weissman, A. N., & Beck, A. T. (1978, April). Development and validation of the Dysfunctional Attitude Scale: A preliminary investigation. Paper presented at the annual meeting of the American Educational Research Association, Toronto, Ontario, Canada.
- WHO (1996). Composite International Diagnostic Interview, Version 2.1. World Health Organisation, Geneva.
- Young, J. E. (2003). Schema therapy: A practitioner's guide. New York: Guilford.

LISA 1. AMK-P ja AMK-PE väited

Positiivsete automaاتمؤتت küsimustiku väited (AMK-P)

1. Minu kaaslased austavad mind.
2. Mul on hea huumorimeel.
3. Minu tulevik paistab helge.
4. Ma olen edukas.
5. Teistel on minuga koos olles lõbus.
6. Ma olen suurepärases meeleolus.
7. Paljud inimesed hoolivad minust.
8. Ma olen uhke oma saavutuste üle.
9. Ma viin alustatud asjad lõpule.
10. Mul on palju häid omadusi.
11. Ma olen eluga rahul.
12. Ma saan teistega hästi läbi.
13. Ma olen õnnelik inimene.
14. Mul on sõpru, kes mind toetavad.
15. Elu on põnev.
16. Mulle meeldivad uued väljakutsed.
17. Mul on suurepärased suhted.
18. Ma ei pea millegi pärast muretsema.
19. Mul on hea olla.
20. Minu elus laabub kõik.
21. Ma olen rahul oma välimusega.
22. Ma hoolitsen enda eest.
23. Ma v  arin elus vaid parimat
24. Mul on harva halbu päevi.
25. Mul on palju kasulikke omadusi.
26. Ei ole olemas lootusetut probleemi.
27. Ma ei anna kunagi alla.
28. Ma avaldan oma arvamust enesekindlalt.
29. Minu elu läheb aina paremaks.
30. Ma olen täna palju korda saatnud.

Uued positiivsete automaاتمؤتت küsimustiku väited (AMK-PE)

1. Mul on hea huumorimeel.
2. Ma olen õnnelik.
3. Minu tulevik paistab helge.
4. Ma olen edukas.
5. Mu vanemad võivad mu üle uhked olla.
6. Teistel on minuga koos olles lõbus.
7. Uskumatu, et mul nii hästi läks.
8. Ma olen suurepärases meeleolus.
9. Kõik on väga hästi.
10. Paljud inimesed hoolivad minust.
11. Ma olen uhke oma saavutuste üle.
12. Oleme õnnelik pere.
13. Ma sain sellega hakkama.
14. Mul on palju häid omadusi.
15. Kõigele on lahendus olemas.
16. Ma olen eluga rahul.
17. Ma olen õnnelik inimene.
18. Mul on sõpru, kes mind toetavad.
19. Elu on põnev.
20. Mul on suurepärased suhted.
21. Ma ei pea millegi pärast muretsema.
22. Mul on hea olla.
23. Minu elus laabub kõik.
24. Ma olen rahul oma välimusega.
25. Ma tunnen, et mu koht on siin.
26. Mul on harva halbu päevi.
27. Ma ei anna kunagi alla.
28. See on minu hetk!
29. Ma avaldan oma arvamust enesekindlalt.
30. Minu elu läheb aina paremaks.

LISA 2. AMK-N väited

1. Ma tunnen, et maailm on minu vastu.
2. Minust ei ole asja.
3. Miski mul miski ei õnnestu?
4. Keegi ei mõista mind.
5. Ma olen teisi inimesi alt vedanud
6. Ma ei usu, et jaksan edasi tegutseda.
7. Ma soovin, et oleksin parem inimene.
8. Ma olen nii nõrk.
9. Mu elu ei kulge nii nagu sooviksin.
10. Ma olen endas nii pettunud
11. Miski ei tundu enam hea.
12. Ma ei suuda seda enam taluda.
13. Ma ei suuda asju alustada.
14. Mis minuga lahti on?
15. Ma soovin, et oleksin kusagil mujal.
16. Ma ei suuda end kokku võtta.
17. Ma vihkan ennast.
18. Ma olen väärtusetu.
19. Ma soovin, et võiksin lihtsalt kaduda.
20. Mis minuga toimub?
21. Ma olen hädavares.
22. Minu elu on üks suur segadus.
23. Ma olen ebaõnnestuja.
24. Ma ei saavuta kunagi midagi.
25. Ma tunnen end nii abituna.
26. Miski peab muutuma.
27. Mul peab midagi viga olema.
28. Minu tulevik on rõõmutu.
29. Miski pole vaeva väärt.
30. Ma ei suuda midagi lõpetada.

LISA 3. AMK-PE koos instruksiooni ja skaaladega

AMK-PE

Mõelge oma viimase nädala peale. Mis on Teiega selle aja jooksul toimunud, millised mõtted on Teil peast läbi käinud. Alljärgnevalt on toodud rida mõtteid, mis inimestel aeg-ajalt pähe tulevad. Palun lugege need läbi ja kõigepealt hinnake, kui sageli need mõtted (või neile sarnased mõtted) on tulnud teile pähe **viimase 7 päeva** jooksul. Märkige ring ümber õiget vastusevarianti tähistavale numbrile. **Sageduse** hindamisel kasutage skaalat, milles:

1 – mitte üldse; 2 – mõnikord; 3 – mõõdukalt sageli; 4 – väga sageli; ning 5 – kogu aeg.

Seejärel hinnake palun, kui tugevasti Te usute antud mõtet siis, kui seda mõtlete. Tõmmake jällegi ring ümber õiget vastusevarianti tähistavale numbrile.

Usutavuse hindamisel kasutage skaalat, milles:

1 – mitte üldse; 2 – mingil määral; 3 – mõõdukalt; 4 – päris palju; ning 5 – täiesti.

SAGEDUS					VÄIDE	USUTAVUS				
1	2	3	4	5	Mul on hea huumorimeel.	1	2	3	4	5
1	2	3	4	5	Ma olen õnnelik.	1	2	3	4	5
1	2	3	4	5	Minu tulevik paistab helge.	1	2	3	4	5
1	2	3	4	5	Ma olen edukas.	1	2	3	4	5
1	2	3	4	5	Mu vanemad võivad mu üle uhked olla.	1	2	3	4	5
1	2	3	4	5	Teistel on minuga koos olles lõbus.	1	2	3	4	5
1	2	3	4	5	Uskumatu, et mul nii hästi läks.	1	2	3	4	5
1	2	3	4	5	Ma olen suurepärasest meeleolus.	1	2	3	4	5
1	2	3	4	5	Kõik on väga hästi.	1	2	3	4	5
1	2	3	4	5	Paljud inimesed hoolivad minust.	1	2	3	4	5
1	2	3	4	5	Ma olen uhke oma saavutuste üle.	1	2	3	4	5
1	2	3	4	5	Oleme õnnelik pere.	1	2	3	4	5
1	2	3	4	5	Ma sain sellega hakkama.	1	2	3	4	5
1	2	3	4	5	Mul on palju häid omadusi.	1	2	3	4	5
1	2	3	4	5	Kõigele on lahendus olemas.	1	2	3	4	5
1	2	3	4	5	Ma olen eluga rahul.	1	2	3	4	5
1	2	3	4	5	Ma olen õnnelik inimene.	1	2	3	4	5
1	2	3	4	5	Mul on sõpru, kes mind toetavad.	1	2	3	4	5
1	2	3	4	5	Elu on põnev.	1	2	3	4	5
1	2	3	4	5	Mul on suurepärased suhted.	1	2	3	4	5
1	2	3	4	5	Ma ei pea millegi pärast muretsema.	1	2	3	4	5
1	2	3	4	5	Mul on hea olla.	1	2	3	4	5
1	2	3	4	5	Minu elus laabub kõik.	1	2	3	4	5
1	2	3	4	5	Ma olen rahul oma välimusega.	1	2	3	4	5
1	2	3	4	5	Ma tunnen, et mu koht on siin.	1	2	3	4	5
1	2	3	4	5	Mul on harva halbu päevi.	1	2	3	4	5
1	2	3	4	5	Ma ei anna kunagi alla.	1	2	3	4	5
1	2	3	4	5	See on minu hetk!	1	2	3	4	5
1	2	3	4	5	Ma avaldan oma arvamust enesekindlalt.	1	2	3	4	5
1	2	3	4	5	Minu elu läheb aina paremaks.	1	2	3	4	5